

**„Erfahrungen gehörloser Patienten im ambulanten Gesundheitssystem
- eine qualitative Befragung von Gehörlosen und
Gebärdensprachdolmetschern“**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Edanur Cüre
geboren am 26.05.1993 in Coburg**

Gutachter

1. Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Friedrich-Schiller-Universität Jena
2. Prof. Dr. Christian Dobel, Friedrich-Schiller-Universität Jena
3. Prof. Dr. Klaus Willmes-von Hinckeldey, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen University

Tag der öffentlichen Verteidigung: 04.02.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	1
2. Einleitung	4
3. Theoretische Einbettung	7
3.1 Statistische Daten	7
3.2 Begriffsdefinitionen	7
3.3 Gebärdensprache	8
3.4 Geschichte der Gehörlosen	10
3.5 Gehörlosenkultur und -gemeinschaft	14
3.6 Deutscher Gehörlosenbund e.V.	15
4. Forschungsstand	16
5. Zielstellung	18
5.1 Wie bewerten Gehörlose das ambulante Gesundheitssystem?	18
5.2 Wie vereinbaren Gehörlose ihre Termine?	18
5.3 Wie gelangen Gehörlose an Informationen bezüglich Gesundheit/Medizin?	18
5.4 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit Ärzten?	18
5.5 Wie sieht die Welt von Gehörlosen aus?	19
5.6 Wie sollten Ärzte am besten mit gehörlosen Patienten umgehen?	19
5.6.1 Verbesserungsvorschläge	19
6. Methoden	20
6.1 Begründung der Anwendung des qualitativen Verfahrens	20
6.2 Auswahl der Stichprobe	20
6.3 Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Richtlinien	23
6.4 Bekanntmachung der Studie	24
6.5 Datenerhebung in Form von halbstandardisierten Interviews	25
6.5.1 Gehörlosen-Studie	27
6.5.2 Dolmetscher-Studie	28
6.6 Transkription	28

6.7 Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	30
7. Ergebnisse	34
7.1 Ambulantes Gesundheitssystem.....	34
7.1.1 Bewertung des ambulanten Gesundheitssystems	34
7.1.2 Rahmenbedingungen	35
7.1.3 Haus- und Fachärzte.....	35
7.2 Terminvereinbarung	37
7.2.1 Ablauf der Terminvereinbarung.....	37
7.2.2 Bewertung des Ablaufs der Terminvereinbarung	38
7.3 Medizinische Informationen.....	39
7.3.1 Informationsquellen	40
7.3.2 Probleme der Informationsquellen	41
7.4 Arzt-Patient-Kommunikation.....	41
7.4.1 Kommunikation ohne Gebärdensprachdolmetscher	42
7.4.2 Kommunikation mit Gebärdensprachdolmetscher	50
7.4.3 Kommunikationsatmosphäre.....	57
7.5 Gehörlosenwelt.....	60
7.6 Umgang mit gehörlosen Patienten	63
7.6.1 Tipps für das medizinische Personal	63
7.6.2 Umsetzung der Tipps	64
7.7 Ausblick: Krankenhäuser	66
7.8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenbildung	67
8. Diskussion	72
8.1 Bezug zur Fragestellung	72
8.2 Methodische Diskussion	73
8.2.1 Gütekriterien.....	73
8.2.2 Kritikpunkte und Fehlerquellen bei der Datenerhebung	74
8.3 Diskussion der Ergebnisse	80

8.3.1 Ambulantes Gesundheitssystem.....	80
8.3.2 Terminvereinbarung	83
8.3.3 Medizinische Informationen	84
8.3.4 Arzt-Patient-Kommunikation.....	85
8.3.5 Gehörlosenwelt.....	90
8.3.6 Umgang mit Gehörlosen	91
8.4 Entwicklung eines Unterrichtsmoduls	94
9. Schlussfolgerung	98
9.1 Wie bewerten Gehörlose das ambulante Gesundheitssystem?	98
9.2 Welche Besonderheiten sind bei der Terminvereinbarung zu berücksichtigen?	98
9.3 Wie gelangen Gehörlose an Informationen bezüglich Gesundheit/Medizin?	98
9.4 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit Ärzten?	98
9.5 Wie sieht die Welt der Gehörlosen aus?	99
9.6 Wie sollten Ärzte am besten mit gehörlosen Patienten umgehen?	99
9.6.1 Verbesserungsvorschläge	99
10. Ausblick	100
11. Literaturverzeichnis.....	101
12. Anhang	105
12.1 Einverständniserklärung.....	105
12.2 Informationsblatt zur Studie für Gehörlose.....	106
12.3 Schweigepflichterklärung für den Mediengestalter	107
12.4 Interviewleitfaden.....	108
12.4.1 Interviewleitfaden für gehörlose Patienten	108
12.4.2 Interviewleitfaden für Gebärdensprachdolmetscher	109
12.5 Danksagung.....	111
12.6 Tabellenverzeichnis.....	113
12.7 Abbildungsverzeichnis	113
12.8 Ehrenwörtliche Erklärung	114

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AoM	Ambulant-orientierte Medizin
APK	Arzt-Patient-Kommunikation
ASL	American Sign Language
ÄApprO	Ärztliche Approbationsordnung
CI	Cochlea-Implantat
CT	Computertomographie
dB	Dezibel
DSH	Deaf Strong Hospital
DT	Dolmetscherstudie-Teilnehmer
etc	et cetera
E-mail	elektronische mail
e.V.	eingetragener Verein
DGS	Deutsche Gebärdensprache
H	Hypothese
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
FSU	Friedrich-Schiller-Universität
KoM	Klinik-orientierte Medizin
MRT	Magnetresonanztomographie
NKLM	Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
o.g.	oben genannt
SGB	Sozialgesetzbuch
SMS	Short Message Service
TV	Television

1. Zusammenfassung

Die wesentlichen Aussagen dieser Dissertationsarbeit im Bereich der Ausbildungsforschung werden in der folgenden Zusammenfassung dargestellt.

Hintergrund:

Die vorhandene Literatur weist auf die Schwierigkeiten von gehörlosen Patienten beim Arztbesuch hin und bietet Lösungsvorschläge. Es ist bis jetzt noch unbekannt, ob und wie auf die Bedürfnisse von Gehörlosen in der Praxis eingegangen wird. Vor allem in Deutschland gibt es in diesem Forschungsbereich relativ wenige Studien. Aufgrund der geringen Forschungsergebnisse zu dieser Thematik erfolgte der Entschluss, sich damit im Rahmen der Dissertationsarbeit näher zu beschäftigen.

Fragestellungen und Ziele:

Es sollte herausgefunden werden,

- welche Erfahrungen Gehörlose im Rahmen des Arztbesuches gemacht haben,
- wie der Umgang mit gehörlosen Patienten und Gebärdensprachdolmetschern im ambulanten Gesundheitssystem ist,
- wie die Terminvereinbarung abläuft,
- wie die Informationsbeschaffung aussieht,
- wie die Arzt-Patient-Kommunikation abläuft, welche Schwierigkeiten auftreten und wie diese gelöst werden.

Ziel dabei war die Entwicklung eines Unterrichtsmoduls auf Grundlage der gewonnenen Daten.

Methodik:

Die Stichprobe dieser Dissertationsarbeit umfasste prälingual ertaubte Erwachsene und gehörlos Geborene, welche einwilligten, sich an dem Studienvorhaben zu beteiligen. Es erklärten sich 12 Personen dazu bereit. Für die Teilnahme an der Dolmetscherstudie erklärten sich elf Personen bereit. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und der wenigen bereits vorhandenen Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet erfolgte die Datenerhebung und -auswertung qualitativ, um die Problemfelder der untersuchten Gruppen genau erkunden zu können. Es wurden halbstandardisierte Interviews geführt und Fragebögen verwendet. Anschließend erfolgte die Transkription der Video- und Audiodateien. Das gewonnene Material wurde unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion:

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Erfahrung der befragten Studienteilnehmer im ambulanten Gesundheitssystem.

Die medizinische Versorgung im ambulanten Gesundheitssystem wird sowohl von Gehörlosen als auch von Gebärdensprachdolmetschern als inadäquat empfunden. Die am häufigsten genannten Gründe sind Missverständnisse in der Kommunikation und Unwissenheit der Ärzte über den Umgang mit Gehörlosen und Dolmetschern.

Die Studienteilnehmer vereinbaren ihre Termine beim Arzt meistens persönlich vor Ort oder über hörende Dritte. International gibt es mehr Alternativen als in Deutschland.

Die Informationsmaterialien und -quellen bezüglich Medizin und Gesundheit sind nicht ausreichend. Es herrscht ein großes Informationsdefizit unter den Gehörlosen.

Es konnte die Hypothese aufgestellt werden, dass Ärzte im Umgang mit der speziellen Patientengruppe unsicher sind. In der Kommunikation kommt es zu vielfältigen Problemen.

Informationen von ärztlicher Seite wurden als kurz, knapp und nicht ausreichend empfunden. Die Kommunikation wird als schwierig beschrieben. Als Hauptgrund wird das fehlende kulturelle Hintergrundwissen über Gehörlose und die Gehörlosigkeit angegeben.

Es kann die Hypothese aufgestellt werden, dass für die Studienteilnehmer bei der Arztsuche die Nähe zur Wohnung im Vordergrund steht.

Verbesserungen sind vor allem im Bereich der Kommunikation und bei der Informationssuche gewünscht.

Diskutiert werden müssen allerdings die Fehlermöglichkeiten und Grenzen der Studie. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs konnten keine repräsentativen Ergebnisse erwartet werden. Wünschenswert wäre es daher, die gewonnenen Erkenntnisse dieser Studie in quantitativen Untersuchungen unter Einbeziehung einer größeren Probandenanzahl zu überprüfen.

Das Ziel dieser Arbeit, Medizinstudierende im Umgang mit gehörlosen Patienten zu schulen, wurde durch das Wahlfach „Arzt-Patient-Kommunikation mit gehörlosen und blinden Patienten“ erreicht.

Am Arzt-Patient-Gespräch sind bei dieser speziellen Patientengruppe drei Personen anwesend: Arzt, gehörloser Patient und Gebärdensprachdolmetscher. In dieser Studie wurden Gehörlose und Dolmetscher befragt. Interessant wäre daher auch eine Befragung der Ärzte zu dieser Thematik.

Schlussfolgerungen:

Aufgrund der gewonnenen Ergebnisse wäre es wünschenswert, die Kriterien und Aspekte einer adäquaten Kommunikation auch umzusetzen, damit Gehörlose nicht benachteiligt werden. Schulungsprogramme für Studierende der Medizin und Ärzte sind eine gute Möglichkeit, Sicherheit im Umgang mit der speziellen Patientengruppe zu erlangen. Das angebotene Wahlfach soll dabei helfen, diese Defizite zu verbessern.

2. Einleitung

*„Nicht sehen trennt den Menschen von den Dingen.
Nicht hören trennt den Menschen vom Menschen.“
(Immanuel Kant)*

Mit diesem Zitat hat der Philosoph Immanuel Kant die Bedeutung des Gehörsinnes beschrieben. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist nicht nur für die Anamnese unentbehrlich, sondern für den gesamten Prozess von der Patientenaufnahme bis hin zur Pflege und Sterbebegleitung. Denn Gesundheit und Krankheit weisen nicht nur biologische, sondern auch psychische und soziale Aspekte auf. Somit können Ärzte durch Patientengespräche positive Auswirkungen auf die Krankengeschichte bewirken (Schröder 2010). Schon Sokrates sprach von „heilenden Worten“ (Höcker 2010). In Situationen wie Krankheit spielen somit Vertrauen und das Gefühl der Sicherheit eine erheblich wichtige Rolle. Vertrauen entsteht auf der Basis der Kommunikation und Sprache. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Ärzte das Instrument der Sprache professionell und in empathischer Haltung nutzen (Schröder 2010).

Schwierigkeiten bezüglich der Kommunikation, einschließlich das Nichtwissen über die Kultur, Sprache und das Bildungsniveau der Patienten, hindern das medizinische Personal eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Die Reichweite dieses Problems ist groß. Es kann zu Fehldiagnosen, unnötigen Überweisungen, falschen Behandlungen und ungewollter Schädigung der Patienten führen (Shuler et al. 2013).

In der am 8. November 2014 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer organisierten Kooperationstagung in Berlin mit dem Thema „Therapie: Gespräch“ wurde geraten Kommunikationstrainings in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung vermehrt durchzuführen, da Kommunikation zwischen Arzt und Patient alltägliche Arbeit eines Arztes ist. Das Ziel dieser Tagung war, der Vernachlässigung der Arzt-Patient-Kommunikation in heutiger Zeit entgegenzuwirken (Richter-Kuhlmann 2014). Im NKLM ist das Thema der ärztlichen Gesprächsführung fest verankert (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015). Die Lehre im Bereich „Kommunikation“ in den medizinischen Fakultäten solle demnach vertieft werden.

Im Gesundheitssystem sind die Folgen von Kommunikationsproblemen erheblich. Dabei liegt die Ursache meist nicht in der knappen Zeit, die Ärzten zur Verfügung steht, sondern in

Defiziten der kommunikativen Kompetenz (Lahmann und Dinkel 2015). Es kann zu Diagnosefehlern, Fehlbehandlungen und zu verminderter Compliance der Patienten kommen (Kerse et al. 2004).

Das Gehör trägt zur Entwicklung von Sprache und Kommunikation bei (Clarke 2010). Was passiert jedoch mit Menschen, die nicht hören können? Es tauchen viele Probleme auf, die die bestmögliche Behandlung des Patienten behindern können. Die Besonderheiten im Umgang mit gehörlosen Patienten in der Gesundheitsversorgung sind alltäglich und doch wenig reflektiert.

Diese Dissertation befasst sich mit den Erfahrungen von gehörlosen Patienten sowie von Gebärdensprachdolmetschern im ambulanten Gesundheitssystem.

Bei der Literaturrecherche fällt auf, dass es einige Informationsbroschüren, Flyer, sowie Internetseiten zum Thema „Umgang mit Gehörlosen“ gibt. Bisher fand diese Thematik in zwei deutschen Dissertationen Beachtung. Doch wie gelingt die Umsetzung in der Realität? Wie empfinden Gehörlose die Arzt-Patient-Kommunikation? International betrachtet sind im deutschsprachigen Raum relativ wenige Forschungsergebnisse zu diesem Thema vorhanden. Aufgrund dessen erfolgte die Erhebung und Auswertung der Daten in dieser Dissertation nach der qualitativen Methode. Da die Gesamtstichprobe klein ist, können keine repräsentativen Ergebnisse erwartet werden. Ziel ist deshalb die Formulierung von Hypothesen. Hierfür werden halbstandardisierte Interviews der Betroffenen durchgeführt sowie Fragebögen ausgehändigt.

Von besonderem Forschungsinteresse ist, wie Gehörlose ihre Arztbesuche empfinden, was für Erfahrungen sie im ambulanten Gesundheitssystem gemacht haben und welche Probleme aufgetreten sind. Zudem soll untersucht werden, welche Lösungsvorschläge die Studienteilnehmer für ihre Probleme als sinnvoll und umsetzbar erachten. Des Weiteren soll ein Wahlfach entwickelt werden, das Medizinstudierende an der FSU Jena im Rahmen der neigungsorientierenden Linie als wahlobligatorisches Angebot belegen können.

Nach einer theoretischen Einleitung sollen die Studierenden durch Rollenspiele auf Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Kommunikation mit Gehörlosen aufmerksam gemacht werden. Ziel ist es dabei, sie für spätere Begegnung mit gehörlosen Patienten zu sensibilisieren.

Die vorliegende Dissertationsarbeit soll wissenschaftliche Erkenntnisse liefern, die dazu beitragen, die Ausbildung der Studierenden, speziell im Bereich Kommunikation mit Gehörlosen, zu verbessern.

Die gewonnenen Daten werden unter Anwendung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring 2010).

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit werden Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher nachstehend einheitlich als „Dolmetscher“, Ärztinnen und Ärzte als „Arzt“ und Patientinnen und Patienten als „Patient“ genannt.

3. Theoretische Einbettung

3.1 Statistische Daten

Es leben ca. 80.000 gehörlose Personen in Deutschland, die gebärdensprachfähig sind. Zusätzlich existiert eine große Dunkelziffer, da dies statistisch schwer erfassbare Daten und nicht klar abgrenzbare Werte von Alters- oder Lärmschwerhörigkeit oder Mehrfachbehinderung sind (Clarke 2010). In Thüringen leben ca. 1900 Gehörlose mit dem Merkzeichen „Gl“ für „gehörlos“ auf ihrem Schwerbehindertenausweis (Deutsches Ärzteblatt 2018).

3.2 Begriffsdefinitionen

Gehörlos

Die Bezeichnung „taubstumm“ stammt aus einer Zeit, in der man meinte, gehörlose Menschen seien bildungsunfähig und dumm. In das Wort „stumm“ wurde nicht nur die Sprechunfähigkeit, sondern auch Kommunikationsunfähigkeit interpretiert. Für die Gehörlosengemeinschaft ist daher diese Bezeichnung abwertend. Erst 1830 wurde das Wort „gehörlos“ eingeführt (Clarke 2010). Dieser Begriff wird unterschiedlich definiert. Hier wird die medizinische Definition der kulturellen Definition gegenübergestellt.

Medizinische Definition

Unter Gehörlosigkeit wird ein Hörverlust von höher als 95 dB verstanden (Faust 2012). Die Gehörlosigkeit kann nach dem Zeitpunkt des Ertaubens unterteilt werden. Bei Verlust des Hörvermögens von Geburt an oder innerhalb der ersten 3 Lebensjahre wird von prälingualer Gehörlosigkeit gesprochen. Die Prävalenz dafür liegt bei etwa 1% (Fellinger et al. 2005). Mögliche Ursachen hierfür liegen zum Beispiel in den Erbanlagen oder in der Folge einer Infektion oder Krankheit der Mutter während ihrer Schwangerschaft. Während des Geburtsvorgangs kann es auch zu Hörschädigungen kommen. Perinatale Ursachen sind beispielsweise Sauerstoffmangel des Kindes oder geringes Geburtsgewicht, Säuglingsgelbsucht oder Blutunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind.

Bei postlingualen Ursachen hat das Kind schon gehört, bevor die Hörbehinderung eintritt. Zum Beispiel durch Impfschäden, Stoffwechselerkrankungen, Infektionen, Schädelverletzungen etc. Zusammenfassend kann man sagen, dass es eine Unterscheidung zwischen gehörlos Geborenen bzw. vor dem Spracherwerb ertaubten Personen und Spätertaubten, die bis zum dritten Lebensjahr hören konnten, gibt (Clarke 2010).

Von Altersschwerhörigkeit betroffene Menschen fühlen sich meistens nicht der gehörlosen Welt zugehörig. Sie können auch oft nicht die Gebärdensprache (Höcker 2010).

Kulturelle Definition

Der Begriff „gehörlos“ erscheint auf den ersten Blick als medizinischer Begriff oder audiologischer Befund, kann aber auch die Identifikation und kulturelle Zugehörigkeit definieren (Uhlig 2012). Wenn in den Medien von Hörbehinderung gesprochen wird, wird meistens die Thematik aus der medizinischen Seite beleuchtet. Die meisten Gehörlosen, die vor dem Spracherwerb ertaubt sind, definieren sich eher über die kulturelle Perspektive. Sie sehen ihre Gehörlosigkeit nicht als Defizit, wie die meisten Mediziner, sondern als ein Merkmal, das sie mit der Gehörlosenkultur und -gemeinschaft verbindet (Höcker 2010).

In dieser Arbeit sind also unter „Gehörlosen“ diejenigen gemeint, die gebärdensprachfähig sind und sich der Gehörlosenkultur und -gemeinschaft zugehörig fühlen.

Der Zeitpunkt der Hörschädigung ist wichtig für die Identifikation mit der Gehörlosenkultur. Während von Geburt an Gehörlose oder vor dem Spracherwerb Ertaubte die Gebärdensprache als Muttersprache haben, können Spätertaubte die Lautsprache besser nutzen. Gehörlosigkeit ist ein Identifikationsmerkmal und schließt sie in die Gehörlosengemeinschaft ein. Diese Gemeinschaft ist gekennzeichnet durch das Verwenden der Gebärdensprache (Fellinger et al. 2005). Aus diesem Grund ist die Unterscheidung des Zeitpunktes der Ertaubung wichtig.

3.3 Gebärdensprache

Nach den neuesten Forschungen ist die Gebärdensprache die älteste und natürlichste Sprache der Welt. Sie existiert seit es Menschen gibt. Sie entwickelte sich und hat verschiedene Variationen, die von der Region und dem Land abhängig sind. Genauso wie es im Deutschen Dialekte gibt, gibt es auch in der deutschen Gebärdensprache Dialekte (Clarke 2010). Es werden ca. 60 verschiedene nationale Gebärdensprachen beschrieben (Fellinger et al. 2005). Die meist verbreitete Gebärdensprache ist die American Sign Language (Jarmer 2011).

Die Gebärdensprache setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Als manuelle Komponenten gelten Hände und Arme. Nichtmanuelle Komponenten sind Mimik, Blick, Oberkörper und Mundbild. Jede einzelne Gebärde besteht aus vier simultanen Parametern: Handform, Handstellung, Ausführungsstelle, Bewegung (Clarke 2010). Die Gebärdensprache ist eine Sprache, die in einem dreidimensionalen Raum produziert und somit visuell wahrgenommen wird. Die Mimik und Gestik sind äußerst wichtig, denn dadurch ändern sich

Bedeutungen von Gebärden (Jarmer 2011). Sie drücken nicht nur Gefühle aus, sondern haben auch linguistische Funktionen. Unwissende könnten dies fälschlicherweise als “zu emotional” beschreiben. Diese nichtmanuellen Zeichen sind aber ein Teil der Grammatik dieser Sprache (Boyes Braem 1992). Gehörlose leben in einer visuellen Welt und betonen die Bedeutung des Sehens für sie (Fellinger et al. 2005).

Kinder durchlaufen dieselben Entwicklungsstufen beim Erlernen der Gebärdensprache als Muttersprache wie Hörende die Lautsprache (Pagel 2006). Die erste Fremdsprache der Gehörlosen, die Gebärdensprache als Muttersprache haben, ist die Lautsprache (Jarmer 2011). Sie erlernen diese genauso wie Hörende eine Fremdsprache. Dabei werden weder die fremde noch die eigene Stimme durch das Hören wahrgenommen. Aus diesem Grund ist die Stimmgebung von Gehörlosen „anders“ als die der Hörenden. Außerdem wird die Atmung anders eingesetzt. Beim Absehen des Mundbildes sind die Stellung der Lippen, des Kiefers bzw. der Zahnreihe und der Zunge besonders wichtig (Clarke 2010).

Schätzungsweise verwenden 80.000 gehörlose und 120.000 hörende/ schwerhörige Menschen die Gebärdensprache. Die deutsche Gebärdensprache hat im Vergleich zur Lautsprache Unterschiede im Satzbau und in der Grammatik. Gebärden für Verben sind immer gleich, egal in welcher Zeitform und ob Singular oder Plural. Das Wichtigste in einer Aussage wird als erstes gebärdet. Das ähnelt den Betonungen in der Lautsprache (Jarmer 2011).

Es gibt die europäische Gebärdensprache Gestuno¹, die jedoch sehr wenige beherrschen (Jarmer 2011). Gebärdende aus verschiedenen Ländern können sich durch Übernehmen von häufig in der Konversation vorkommenden Gebärden und durch verstärkten Einsatz von Mimik und Gestik verständigen. Sie können relativ schnell gemeinsame Kommunikationsformen finden (Argyle und Petersen 2013). Es gibt eine “international sign communication”, die häufig auf internationalen Tagungen und Kongressen Anwendung findet. Dies ist eine Mischform aus verschiedenen Sprachen und viel Pantomime. Es existiert keine standardisierte Gebärdensprache, eine mögliche Erklärung dafür ist das fehlende Bedürfnis vieler Gehörloser dafür (Boyes Braem 1992). Sicher gibt es auch Gehörlose, die sich das wünschen.

¹ Gestuno: World Federation of the Deaf, unterstützt von den Vereinten Nationen (UN), hat eine universelle Gebärdensprache namens Gestuno kreiert (Shuler et al. 2013).

Unter „Voicen“ versteht man das Dolmetschen der Gebärdensprache für hörende, nicht gebärdensprachkompetente Menschen. Das machen Gebärdensprachdolmetscher (Clarke 2010).

Jahrtausende lang wurde die Gebärdensprache und damit die natürliche Kommunikation Gehörloser verboten. Prof. Pagel begründet dies an der verkehrten Implikation in dem Begriff „Wort“. Werden darunter nicht nur das „gesprochene Wort“ verstanden, sondern auch „Signale und Bedeutung“ wie Noam Chomsky sagte, dann würde auch das „gebärdete Wort“ mit einbezogen werden (Pagel 2006).

3.4 Geschichte der Gehörlosen

Frühzeit und Mittelalter:

Gehörlosigkeit wurde gesetzlich im Mittelalter in den babylonischen Gesetzen aus dem zweiten Jahrtausend v. Chr. erwähnt. Der König von Babylonien (1728-1686 v. Chr.) schränkte die Rechte gehörlos Geborener ein. Platon (428/427-348/347 v. Chr.) sagte, dass Menschen mit all ihren geistigen Kompetenzen auf die Welt kommen. Er schlussfolgerte, dass gehörlose Menschen nicht intelligent seien, weil sie nichts hören. Sein Schüler Aristoteles (384-322 v. Chr.) vertrat eine ähnliche Meinung. Gehörlose hätten keine Fähigkeit zur Vernunft (Jarmer 2011). Er sagte im 3. Jahrhundert v. Chr.: „Das Gehör ist der Sinn des Unterrichts, die Vorbedingung des Lernfähigen, die Pforte des Geistes! Wer des Gehörs entbehrt (= *wer nicht hören kann*), ist bildungsunfähig“.

Das Christentum des Mittelalters sah die Menschen, die die Worte der heiligen Schrift nicht hören und beten konnten, als gottlose Kreaturen an (Pirringer 2010). Es wurde geglaubt, dass nur Hörende durch Gott erlöst werden können. Augustinus (354-430 n. Chr.) als bedeutendster Kirchenlehrer des Abendlandes sagte, dass Gehörlosigkeit von Geburt an den Glauben unmöglich mache. Diese Ansicht entsprach auch der des Apostel Paulus: „Ex auditu fidei“ („Der Glaube kommt durch Hören.“). Somit galten Gehörlose als nicht vollwertige Menschen und litten bereits im Mittelalter unter ihrer Gehörlosigkeit.

In der Antike konnten reiche Familien ihren gehörlosen Kindern zur Sicherung der Erbfolge eine gute Bildung ermöglichen. Der spanische Benediktinermönch Fray Pedro Ponce de León (1500-1584) hielt Gehörlose für lernfähig und versuchte gehörlose Kinder Adelliger zu unterrichten, indem er zuerst Schriftsprache und danach Lautsprache lehrte. Er ist der Begründer des Fingeralphabets (Clarke 2010).

Aufklärung

Auch im 17. und 18. Jahrhundert wurden die Sprache und der Spracherwerb untersucht. In dieser Zeit begann der Wandel der bisher gültigen Auffassungen zur Gehörlosigkeit. Es wurde die Erkenntnis gewonnen, dass Gehörlosigkeit kein kognitiv-sprachliches Defizit sei (Pagel 2006).

Im Jahr 1760 wurden Gehörlose in Paris vom ehemaligen Juristen und Priester Abbé Charles Michel de l'Épée (1712-1789) ausgebildet. Sein Ziel war, eine Kommunikation zwischen Hörenden und Gehörlosen zu ermöglichen. Er unterrichtete zunächst zwei Waisenkinder und analysierte ihre Gebärdensprache. Danach verallgemeinerte er dies. Im Jahr 1771 gründete er die erste Schule für Gehörlose weltweit. Abbé de l'Épée ist der Entwickler der methodischen Gebärden. Er verband Inhalte und Zeichen auf jede Art und Weise willkürlich miteinander. So benutzte Abbé de l'Épée das Fingeralphabet zum Erlernen von Buchstaben und für das Buchstabieren von Namen. Durch ihn entstand ein Lexikon der Gebärdenzeichen. So verbreitete sich die „französische Methode“ in ganz Europa. Seine Schüler verbreiteten seine Lehre auf der ganzen Welt (Jarmer 2011).

Ein Gegner von Abbé l'Épée war der deutsche Pädagoge Samuel Heinicke (1727-1790), der Vertreter des Oralismus. Er unterrichtete einen gehörlosen Jungen nach dem Lehrbuch des niederländischen Arztes Johann Conrad Ammann (1724-1811). In diesem wurde Gehörlosen der Unterricht in Lautsprache empfohlen. Für Heinicke war es wichtig, dass die Aussprache der Gehörlosen gut war. Seine Unterrichtsmethode wurde nach 1850 als „deutsche Methode“ bekannt (Jarmer 2011). Vor allem in Deutschland und der Schweiz verbreitete sich diese Lehrmethode. Seitdem verwendeten Pädagogen bewusst keine Gebärdensprache mehr in ihrem Unterricht, weil sie die Ansicht vertraten, dass diese die Erlernung der Lautsprache behindere (Jarmer 2011).

Gallaudet

Der Amerikaner Thomas Hopkins Gallaudet (1787-1851) lernte die französische Methode kennen und entwickelte in Amerika das American Sign Language. Sein Sohn war der Gründer der heutigen Gallaudet University, der ersten geisteswissenschaftlich ausgerichteten Universität für gehörlose Studierende (Pirringer 2010).

Die Trendwende (19. Jahrhundert)

Es entwickelten sich neue Auffassungen zur Gehörlosigkeit erst in Frankreich, dann in England, Deutschland und den Vereinigten Staaten. Jedoch konnten die Vorurteile und Fehlinformationen, die lange Auffassungen der Allgemeinheit waren, nicht schnell beseitigt werden (Pagel 2006). Das neue Ziel war, dass Gehörlose das Sprechen lernen und so in die hörende Gesellschaft integriert werden sollten (Clarke 2010).

Der Mailänder Kongress

Im Jahr 1880 kamen 255 europäische und amerikanische Lehrer zu einem Kongress in Mailand zusammen, um über die weitere Entwicklung des Gehörlosen-Unterrichts zu diskutieren. Viele Länder entschieden sich für die orale Unterrichtsform. Dabei hatten alle Gehörlosenlehrer ein Stimmrecht außer gehörlose Lehrer. Gehörlose Kinder wurden nicht mehr von Gehörlosen unterrichtet, sondern von Lehrern, die ihnen das Benutzen der Lautsprache aufzwangen. Damals wurde nicht erkannt, dass die Gebärdensprache durch viele Ausdrücke, Gesten und Mimik sehr reich an Variationen ist. Die Proteste seitens der Gehörlosen bewirkten nicht viel. Gehörlose, die die Gebärdensprache benutzten, galten als primitiv oder dumm. Sie zogen sich mit ihrer Gebärdensprache in ihre Vereine zurück (Uhlig 2012). Die Beschlüsse prägten das Leben und die Ausbildung Gehörloser erheblich (Jarmer 2011).

Resultat des Mailänder Beschlusses

Die oralistische Methode und die Unterdrückung der Gebärdensprache haben sich auf die Bildung Gehörloser negativ ausgewirkt. Die Lernleistung und die Bildung gehörloser Kinder wurden reduziert, denn es kam nicht auf den Inhalt, sondern auf das Erlernen des Sprechens an. Wie Charles Michel de l'Épée sagte, waren gehörlose Kinder nicht weniger intelligent, sondern litten an einem „Informationsdefizit“ im Vergleich zu gleichaltrigen hörenden Kindern. In den Gehörlosenschulen wurde viel Zeit zum Erlernen der Lautsprache investiert, sodass das Erlernen von Informationen, Kulturen oder komplexen Fähigkeiten vernachlässigt wurde (Pagel 2006). Die ältere Generation an Gehörlosen, d.h. Gehörlose, die während ihrer Schulzeit der oralen Methode ausgesetzt waren, ist viel stärker lautsprachlich orientiert, denn sie haben eine andere Schul- und Ausbildung erhalten als die heutige Generation, da die Gebärdensprache in Schulen nicht mehr verboten ist (Uhlig 2012).

Wenn in dieser Arbeit also von älteren Gehörlosen die Rede ist, dann sind jene gemeint, deren Schulausbildung lautsprachlich orientiert war.

Gehörlose im Dritten Reich

Nach der Machtergreifung der NSDAP am 30. Januar 1933 begann ein tragischer Abschnitt in der Gehörlosen-Geschichte. Lehrer in Gehörlosenschulen waren Mitglieder der NSDAP. Jüdische Kinder wurden aus den Gehörlosenschulen entlassen (Bierwagen et al. 1997). Während der NS-Zeit wurden Gehörlose genauso wie andere Menschen mit Behinderung behandelt. Die Zwangssterilisation wurde durch folgende Gesetze legitimiert: „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aus 1934 und „Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit“ aus 1935 (Pirringer 2010). Damit sollte verhindert werden, dass weiterhin behinderte Kinder geboren werden. Gehörlose ab einem Alter von 14 Jahren wurden sterilisiert. Gehörlose wurden diskriminiert, verspottet und trauten sich nicht auf Straßen zu gebärden. Die Mitgliedschaft in der Hitlerjugend war ab 1937/38 Zwang. In der Hitlerjugend waren Gehörlose von Hörenden getrennt. Viele von ihnen waren auch in der Partei in der Hoffnung, der Sterilisation entkommen zu können. Die Mitgliedschaft schützte sie aber davor nicht. Den Betroffenen war es verboten, von der Sterilisation zu erzählen.

Gehörlose wurden im nationalsozialistischen Sinne erzogen. Sie bekamen somit dieselbe Uniform wie Hörende und waren stolz, dass sie gleichberechtigt aussahen. Sie trugen zwar zu Beginn die Zusatzbezeichnung „G“ (für „Gehörlose“) auf ihrer Uniform, ließen diese jedoch später weg (Scharf und Wasserkampf 2006).

In der Kriegszeit erfanden Gehörlose für sich Methoden, um jeden Alarm mitzubekommen. Sie banden beispielsweise eine lange Kordel an ihre Bettdecken und führten diese unter die Wohnungstür, sodass bei Alarm die Nachbarn nur daran ziehen mussten, damit die Gehörlosen wachgerüttelt wurden (Scharf und Wasserkampf 2006).

Neuzeit

Im Jahr 1951 wurde in Rom der Weltverband der Gehörlosen gegründet. Im Jahr 1985 wurde beim Hamburger Kongress erstmalig über die Grammatik der Gebärdensprache referiert. Dies galt als Geburtsstunde der Deutschen Gebärdensprache. Am 17. Juni 1988 wurde vom Europäischen Parlament einstimmig die Anerkennung der nationalen Gebärdensprachen und der Gehörlosen als sprachliche Minderheit beschlossen (Lemass 1988).

In den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden die Lehrmethoden von Gehörlosenlehrern kritisch hinterfragt. Kinofilme, Fernsehfilme und Romane haben auf die Situation Gehörloser aufmerksam gemacht. Der Amerikaner William C. Stokoe (1919-2000) war

Sprachwissenschaftler und führte als Erster linguistische Studien über Gebärdensprache durch. Er gilt als der „Vater der Gebärdensprachforschung“ (Pagel 2006).

Im September 2010 wurden die Beschlüsse vom Mailänder Kongress aufgehoben, somit gab es kein Gebärdensprachverbot mehr. Man entschuldigte sich für die Folgen des früheren Verbots (Jarmer 2011).

Neurophysiologische Studien haben gezeigt, dass Gehörlose die Gebärdensprache in denselben Gehirnarealen produzieren wie Hörende die Lautsprache. Während die rechte Hirnhemisphäre bevorzugt visuell-räumliche Informationsverarbeitung vornimmt, ist die linke Hemisphäre für syntaktisch-sprachliche Verarbeitung zuständig. Da Gebärdensprache eine „räumliche Sprache“ ist, müssten beide Hemisphären benutzt werden. Dies ist anscheinend nicht der Fall. In Deutschland wurde auch in diesem Bereich geforscht durch Siegmund Prillwitz und Renate Fischer sowie Helen Leuniger (Pagel 2006).

Heutiger Stand

Kommunikation scheint ein Grundbedürfnis des Menschen zu sein. Durch das Fehlen einer authentischen Sprache kann es zur Hemmung der emotionalen und sozialen Entwicklung Gehörloser kommen (Pagel 2006). Der Meinungskampf um die Gebärdensprache hat sehr alte Wurzeln. Die Geschichte der Gehörlosigkeit (deaf history) wurde häufig durch hörende Menschen beeinflusst. Viele neigen auch heute noch dazu, anhand des fehlenden Gehörs Rückschlüsse auf die Intelligenz zu schließen. Harlan Lane, ein amerikanischer Professor für Psychologie an der Northeastern University in Boston, Massachusetts, USA, und Gründer des Zentrums für Hör-, Sprach- und Sprachforschung mit dem Forschungsschwerpunkt Gehörlosenkultur und Sprache, sagte: „Unsere heutige Sichtweise gehörloser Menschen, unsere Art und Weise, über sie zu reden, ist ein Produkt der Geschichte.“ (Pagel 2006).

3.5 Gehörlosenkultur und -gemeinschaft

Menschen, die Teil der Gehörlosengemeinschaft sind, haben meistens einen Gebärdennamen. Dieser Name hat nicht viel mit dem geschriebenen Namen zu tun, sondern sagt viel mehr über den Menschen aus als der geschriebene Name. Hauptsächlich beziehen sich Gebärdennamen auf typische Charaktereigenschaften, Äußerlichkeiten oder ein besonderes Merkmal der Person. Gebärdennamen sind sehr präzise und erleichtern die Kommunikation (Jarmer 2011).

Die Gehörlosencommunity ist eine Sprachgemeinschaft mit einer eigenen Kultur, die es erleichtert eine „gehörlose Identität“ aufzubauen. Daher haben Gehörlose ein lebendiges Vereinsleben und pflegen ihre sozialen Kontakte untereinander sehr (Uhlig 2012). Sie ist eine ethnische Gruppe, in der Visualität und Gebärdensprache grundlegend sind.

Uhlig verfasste nach einer dreijährigen intensiven Feldforschung in Deutschland ein Buch über die Ethnographie der Gehörlosen. Der Unterschied zwischen Hörenden und Gehörlosen ist nicht nur physisch-medizinisch, sondern in erster Linie kulturell bedingt. Deaf studies beschäftigen sich mit Gehörlosigkeit aus kulturwissenschaftlicher Perspektive. Schwerpunkte liegen auf der Untersuchung der sozialen und gesellschaftlichen Situation Gehörloser und der Deaf History (Uhlig 2012). Diese Gemeinschaft unterscheidet sie nicht nur von den Hörenden, sondern auch von anderen Behinderten (Uhlig 2012). Deaf power ist ein Synonym für eine Bewegung von gehörlosen Menschen, die sich mit ihrer Sprache und ihrer Kultur identifizieren können und selbstbewusster leben wollen (Jarmer 2011).

3.6 Deutscher Gehörlosenbund e.V.

Der Deutsche Gehörlosen-Bund e.V. als Interessenvertretung der Gehörlosen und anderer Menschen mit Hörbehinderung in Deutschland setzt sich für Rechte gehörloser, schwerhöriger und ertaubter Menschen ein. Sein Ziel ist in erster Linie, Gleichberechtigung und Barrierefreiheit im sozial- und gesundheitspolitischen, kulturellen und beruflichen Bereich zu erstreben. Als weitere wichtige Aufgabe sieht er die Aufklärung über Gehörlosigkeit und Gebärdensprache (Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. 2011).

4. Forschungsstand

„Was das Skalpell für den Chirurgen, ist das Wort für den Kliniker. (...) Das Gespräch zwischen Arzt und Patient gehört zum ABC der medizinischen Praxis“ (Seeber 2002).

Viele Gehörlose sehen sich als kulturelle Minderheit an. Viele Hörende sehen Gehörlosigkeit als Behinderung. Sie haben meistens eine andere Vorstellung von Gehörlosigkeit als Gehörlose. Die kulturelle Komponente von Gehörlosigkeit ist auch Medizinern meistens nicht bekannt (Uhlig 2012). Aus diesem Grund stehen viele Gehörlose den Forschungen der Hörenden über sie meist skeptisch gegenüber. Sie empfinden wissenschaftliche Erkenntnisse als eine Gefahr, wenn die Sicht und die Werte ihrer Gemeinschaft ignoriert werden (Uhlig 2012).

Während Blinde am Blindenstock und körperlich Behinderte beispielsweise an ihrem Rollstuhl erkannt werden, werden Gehörlose von außen nicht erkannt. Gehörlose benutzen den Begriff der Behinderung ambivalent. Es gibt eine Unterscheidung zwischen körperlicher Behinderung und der Behinderung, die sie als Gehörlose in der hörenden Welt erfahren. Ihre Umgebung passt sich nicht immer an ihre Bedürfnisse an. Durch die medizinische Perspektive und die orale Schulausbildung werden sie behindert, ihre Identität zu entfalten und an der Gesellschaft gleichermaßen teilzuhaben. Das ist auch ein Grund, weshalb Cochlea-Implantate, Hörgeräte und Gentechnologien von vielen Gehörlosen abgelehnt werden (Uhlig 2012).

Im Sozialgesetzbuch IX ist die Definition der Behinderung zu finden: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Viele behinderte Menschen fühlen sich in ihrem Umfeld eingeschränkt, stoßen auf Barrieren, die sie alleine nicht überwinden können. Barrierefreiheit fordert somit nicht nur technische und bauliche Anpassungen, sondern auch die Weiterentwicklung von Informationstechnologien und Kommunikationsmitteln (Jarmer 2011).

Gehörlosigkeit als „Nicht-Hören-Können“ ist eine negative Definition. Von der hörenden Mehrheit wird durch diesen Ausdruck oft fälschlicherweise ein Rückschluss auf das „Nicht-Denken-Können“ gezogen. Da Gehörlosigkeit für Hörende eine Abweichung von der Norm ist, empfinden sie Gehörlose oft als krank. Allein bei der Beurteilung der Gehörlosigkeit gibt es fundamentale Unterschiede. Hörende und Gehörlose haben nicht die gleichen Vorstellungen.

Viele Hörende reduzieren Gehörlose auf ihre physische Gehörlosigkeit. Eine wertfreie Definition der Gehörlosigkeit ist daher besonders wichtig (Uhlig 2012).

2006 gab es das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung von der UN, die UN-Behindertenrechtskonvention. Bis 2010 haben 140 Mitgliedstaaten, darunter alle Länder der EU, dieses Dokument unterschrieben. Durch dieses Übereinkommen müssen behinderte Menschen auch Zugang zu Bildung erhalten und haben in allen Lebenssituationen ein Recht auf Gleichberechtigung. Die Hindernisse für Menschen mit Behinderung sollten aufgehoben werden und sie sollten all ihre Rechte als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft wahrnehmen können (Jarmer 2011).

In Deutschland gibt es relativ wenige Studien zur sozialmedizinischen Versorgung gehörloser Patienten (Höcker et al. 2012). Internationale Forschungsergebnisse sind aufgrund nationaler Unterschiede schwer auf Deutschland übertragbar (Höcker 2010). Für die weitere Forschung dieser Problematik ist die Übersetzung in Gebärdensprache von großer Bedeutung (Fellinger et al. 2005). Till Höcker führte 2009 online eine sozialmedizinische Studie mit Gebärdensprachvideos durch, um ein „Status Quo“ der medizinischen Versorgung von Gehörlosen in Deutschland zu erheben und Problemfelder zu identifizieren. Seine Studie zeigte, dass Gehörlose aus Großstädten im Studienkollektiv überrepräsentiert sind. Gehörlose ohne Internetzugang konnten nicht an der Studie teilnehmen (Höcker 2010).

5. Zielstellung

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit den individuellen Erfahrungen und Problemen gehörloser Patienten beim Arztbesuch in der ambulanten Praxis. Es wird der Frage nachgegangen, ob die Aufmerksamkeit im deutschen Gesundheitssystem auf die gehörlose Minderheit ausreichend ist. Beabsichtigt ist die Erstellung eines Wahlfaches für Medizinstudierende, in dem sie den adäquaten Umgang mit gehörlosen Patienten erlernen.

5.1 Wie bewerten Gehörlose das ambulante Gesundheitssystem?

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den Erfahrungen und Problemen der befragten Studienteilnehmer beim Arztbesuch. Die Themen ergaben sich aus dem Studium der zum Thema vorhandenen deutsch- und englischsprachigen Literatur, aus eigenen Überlegungen und der Auswertung der qualitativen Daten.

5.2 Wie vereinbaren Gehörlose ihre Termine?

In diesem Kapitel geht es um die Terminvereinbarung für einen Arztbesuch. Es geht vor allem darum herauszufinden, wie die Terminvergabe von statten geht, wie zufrieden die Patienten mit dem Ablauf der Terminvergabe sind, welche Probleme auftauchen und wie sie gelöst werden.

5.3 Wie gelangen Gehörlose an Informationen bezüglich Gesundheit/Medizin?

Dieser Themenkomplex beschäftigt sich mit den Informationsquellen der Gehörlosen. Sind sie ausreichend? Was für Schwierigkeiten gibt es? Wo liegt besonders großer Informationsbedarf?

5.4 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit Ärzten?

Arzt-Patient-Kommunikation ohne Dolmetscher

Obwohl die Anamneseerhebung die Basis jeder medizinischen Untersuchung und damit essentiell ist, bleiben die Besonderheiten im Umgang mit gehörlosen Menschen in der Gesundheitsversorgung weitgehend unbekannt.

Es gibt zwei Publikationen vom Deutschen Gehörlosenbund e.V. zum Thema Gehörlosigkeit und dem Umgang mit gehörlosen Menschen (Deutscher Gehörlosenbund e.V.). Jedoch haben die meisten Medizinstudierenden und Ärzte kein Wissen über das Vorhandensein derartiger Broschüren.

So haben Gehörlose Schwierigkeiten und Probleme in der Arzt-Patient-Kommunikation, sowohl bei Krankenhausaufenthalten, als auch im ambulanten Gesundheitssystem.

Es ergeben sich viele Fragen bei der medizinischen Versorgung gehörloser Menschen. Fraglich ist, wie Gehörlose in einer Gesundheitsversorgung zurechtkommen, die vorrangig von Hörenden gestaltet wird, wie eine Arzt-Patient-Kommunikation mit einem gehörlosen Patienten und einem hörenden Arzt stattfindet, was für Probleme auftreten und wie diese gelöst werden. In diesem Abschnitt wird versucht, diese Fragen zu beantworten.

Arzt-Patient-Kommunikation mit Dolmetscher

Seit 2001 können Gehörlose zur Aufhebung der Kommunikationsbarriere Gebärdensprachdolmetscher zum Arzt mitnehmen. Der Dolmetschereinsatz wird im ambulanten Setting von den Krankenversicherungen finanziert (Höcker et al. 2012). Dieser Abschnitt der Dissertation beschäftigt sich mit folgenden Fragen: Welche Besonderheiten gibt es in der Arzt-Patient-Kommunikation mit Dolmetscher? Wer wird als Dolmetscher eingesetzt? Wer bestellt den Dolmetscher?

5.5 Wie sieht die Welt von Gehörlosen aus?

Dieser Themenkomplex soll einen Einblick in die Welt der Gehörlosen geben.

5.6 Wie sollten Ärzte am besten mit gehörlosen Patienten umgehen?

Die Reaktion der Umwelt auf die Eigenschaft und Einschränkung einzelner Menschen ist wichtig (Jarmer 2011). In dieser Arbeit geht es darum, dass behinderte Menschen nicht zusätzlich behindert werden. Ein großer Schwerpunkt der Dissertation ist es daher herauszufinden, wie angehende Ärzte am besten mit gehörlosen Patienten umgehen sollten. Dabei gilt zu erforschen, was der speziellen Patientengruppe beim Arztbesuch besonders wichtig ist, ob und welche Unterschiede es zu Hörenden gibt.

5.6.1 Verbesserungsvorschläge

Eine große Frage, mit der sich diese Monografie beschäftigt, sind die Verbesserungsvorschläge in den Bereichen der Arzt-Patient-Kommunikation. Dabei liegt der Schwerpunkt darauf herauszufinden, ob die in der Literatur beschriebenen Tipps und Vorschläge in oben genannten Bereichen in der Realität umgesetzt werden und welche Maßnahmen aus Sicht der Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetschern wünschenswert und einfach umsetzbar wären.

6. Methoden

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung dargestellt, die für die Datenerhebung im Rahmen der Dissertation angewendet wurden.

6.1 Begründung der Anwendung des qualitativen Verfahrens

Umfangreiche Literaturrecherchen haben gezeigt, dass viel Informationsmaterial über die speziellen Bedürfnisse gehörloser Patienten sowie zum Umgang mit ihnen vorhanden ist. Dennoch gibt es wenige Studien und Forschungsarbeiten, die aufzeigen, ob und wenn ja wie diese Tipps im Alltag umgesetzt werden.

In Thüringen leben im Vergleich zu anderen Bundesländern nicht sehr viele Gehörlose und der Zugang zur Gehörlosengemeinschaft ist nicht einfach. Da die Anzahl der maximal verfügbaren Probanden klein ist und es vergleichsweise wenige Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet vorhanden sind, ist das Ziel dieser Arbeit demzufolge nicht, repräsentative Ergebnisse zu erzielen, sondern bisher unbekannte Sachverhalte zu analysieren. Aus diesem Grund erfolgte die Datenerhebung und -auswertung der Arbeit nach einer qualitativen Methode (Boerjan 2008).

6.2 Auswahl der Stichprobe

Zur Festlegung der Stichprobe wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Es wurden von Geburt an Gehörlose ab 18 Jahren oder vor dem Spracherwerb ertaubte Erwachsene befragt. Patienten, die postlingual ertaubten und somit keine Gebärdensprachler sind, wurden ausgeschlossen, da sie in der Regel der Schrift- und Lautsprache mächtiger sind als prälingual ertaubte Personen und somit andere Erfahrungen haben können.

In einer zweiten Studie wurden examinierte Gebärdensprachdolmetscher im Raum Thüringen befragt.

Die Datenerhebung begann im Dezember 2014. Die Zahl der Probanden richtete sich nach dem Sättigungsprinzip, das bedeutet, dass die Stichprobe als ausreichend gilt, wenn keine neuen Erkenntnisse mehr durch die Interviews gewonnen werden können.

Die Fragen, welche Erfahrungen der Einzelne im ambulanten Gesundheitssystem gemacht hat, wie zufrieden er mit dem Umgang ist, wie er die Arzt-Patient-Kommunikation erlebt und wo er die größten Probleme sieht, wurden anhand an einer Stichprobe von zwölf Gehörlosen beantwortet. Von diesen wurden zehn im Multimediazentrum der Universität Jena interviewt.

Einer wurde per Videokonferenz interviewt und ein Teilnehmer hat einen Fragebogen schriftlich ausgefüllt hat.

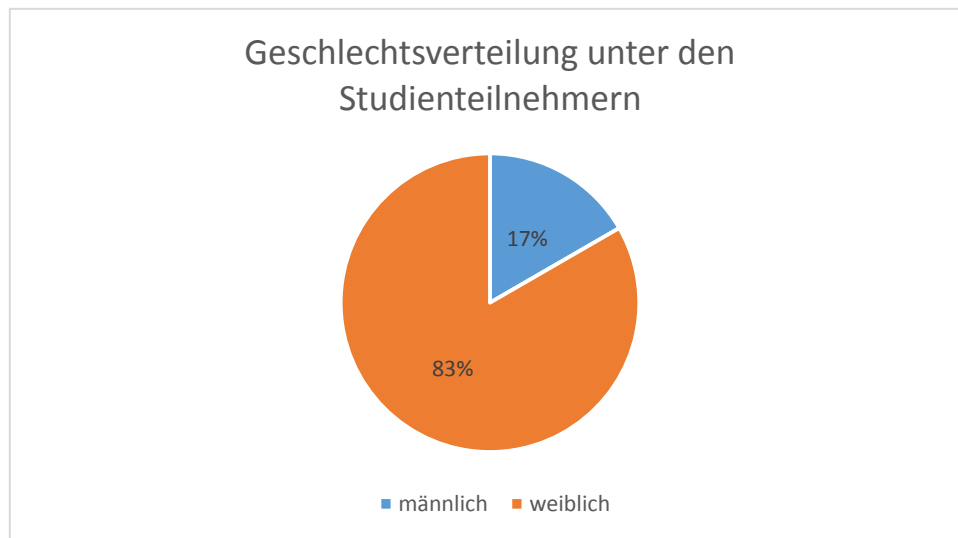


Abbildung 1: Geschlechtsverteilung unter den Studienteilnehmern

Wie im Kreisdiagramm in Abbildung 1 zu sehen ist, waren 83% (10) der interviewten Gehörlosen des weiblichen Geschlechts und 17% (2) des männlichen Geschlechts.

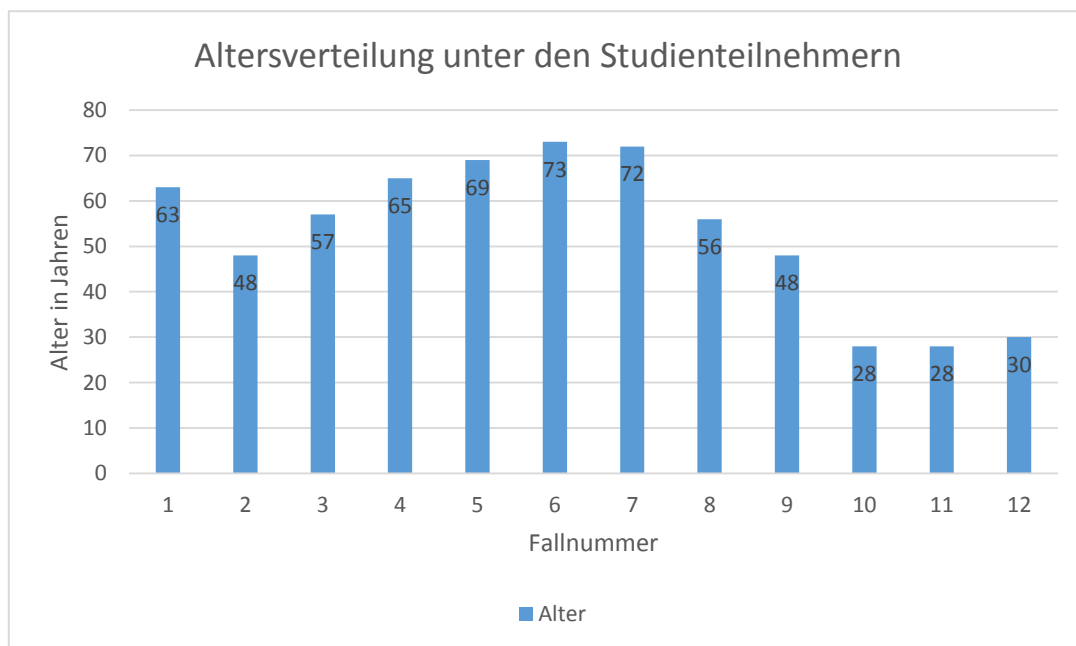


Abbildung 2: Altersverteilung unter den Interviewteilnehmern

Wie anhand des Säulendiagramms in Abbildung 2 erkennbar ist, waren drei Teilnehmer zwischen 28 und 30 Jahre alt. Der erreichte Mittelwert des Datensatzes liegt bei etwa 53 Jahren. Der Median liegt bei 56,5 Jahren.

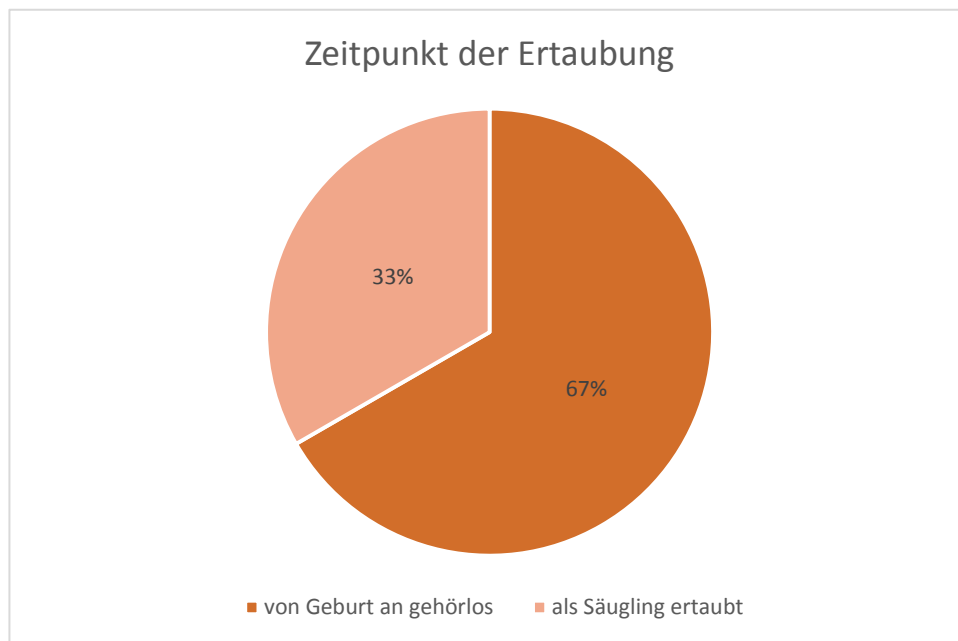


Abbildung 3: Zeitpunkt der Ertaubung

In der Abbildung 3 wurde der Zeitpunkt der Ertaubung der Befragten dargestellt. 67% (8) der Befragten sind von Geburt an gehörlos, 33% (4) ertaubten als Säugling, also vor dem Spracherwerb. Als Ursachen für die postnatale Ertaubung wurden Infektionen, Impfschäden und spät behandelte Mittelohrentzündung aufgezählt.

Im Kreisdiagramm in der Abbildung 4 ist die Berufsverteilung unter den Probanden zu erkennen. Es gibt drei Gruppen. Am stärksten waren mit 58% (7) Berufstätige vertreten. Die zweite große Gruppe bildeten mit 25% (3) die Gehörlosen im Ruhestand. Zur Gruppe der Studierenden gehören 17% (2).

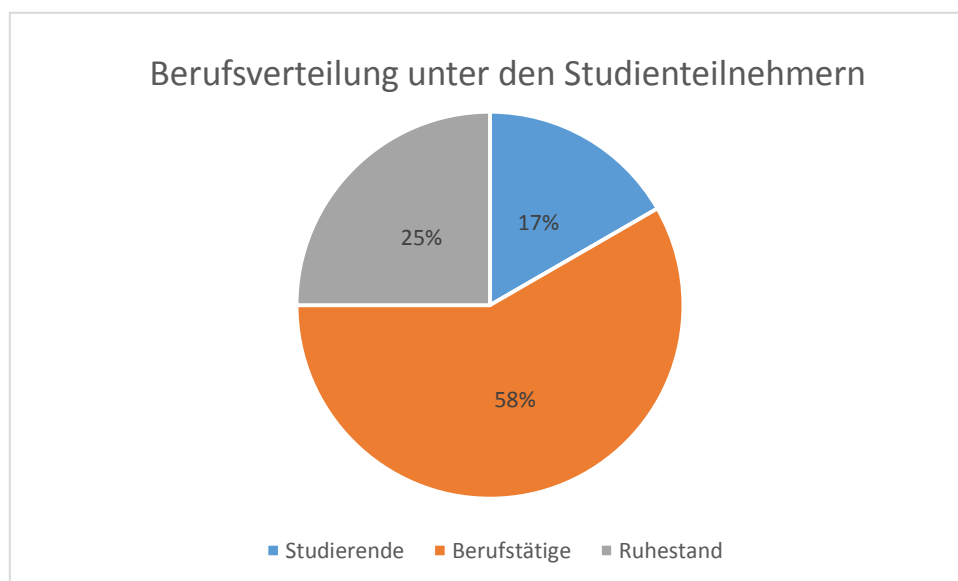


Abbildung 4: Berufsverteilung unter den Probanden

Von den sieben Berufstätigen haben drei eine Ausbildung abgeschlossen und vier keine Ausbildung absolviert (vgl. Abb.5). Alle befragten Rentner (3) hatten eine Ausbildung absolviert.

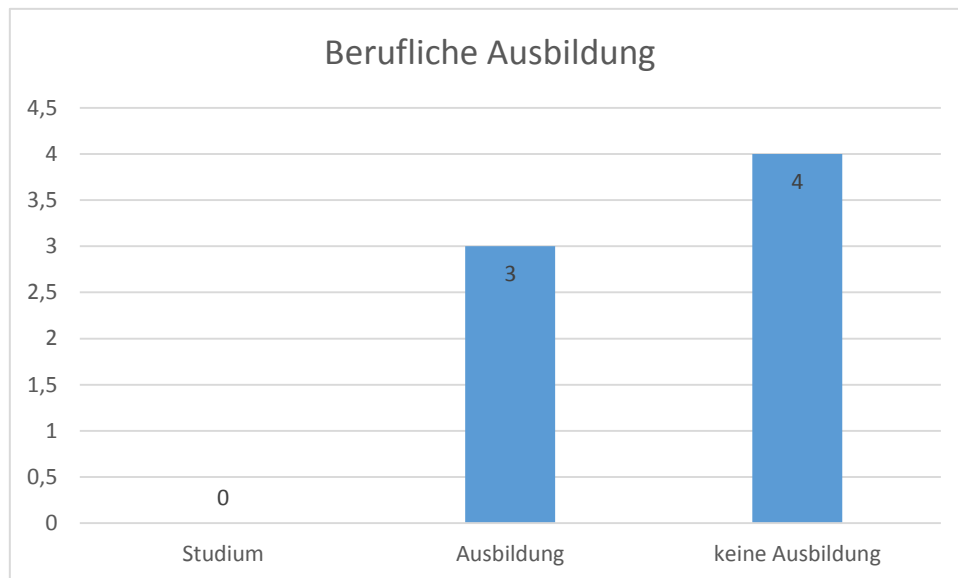


Abbildung 5: Berufliche Ausbildung der berufstätigen Gehörlosen

Alle Studienteilnehmer waren Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es wurden elf Gebärdensprachdolmetscher aus Thüringen befragt, von denen sechs den Fragebogen ausgefüllt haben, mit dreien ein Telefoninterview und mit zweien ein offenes Interview durchgeführt wurde.

6.3 Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Richtlinien

Zur Einhaltung der ethischen und datenschutzrechtlichen Bedingungen wurde das geplante Studienvorhaben der Ethikkommission der FSU Jena vorgelegt. Nach Erhalt der Zustimmung am 11.11.2014 begann die Datenerhebung.

Vor dem Beginn jedes Interviews erhielten die Studienteilnehmer eine Einverständniserklärung (siehe Anhang). Diese, der Anlass und Verlauf des Interviews wurden ausführlich erklärt und von der Gebärdensprachdolmetscherin simultan gedolmetscht. Nachdem die Interviewpartner keine Fragen mehr hatten und die Erklärung unterschrieben hatten, wurde mit dem Interview begonnen. Die Teilnahme am Interview war freiwillig. Die Probanden wurden darüber informiert, dass sie ihr Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen können. Die Gebärdensprachdolmetscherin und der Mediengestalter, der die Videos im

Multimediazentrum aufnahm, wurden über ihre Schweigepflicht belehrt und unterzeichneten eine Schweigepflichterklärung (siehe Anhang).

Bei der Datenerhebung und der Datenauswertung wurden statt der Namen der Teilnehmer Abkürzungen (wie T1, T2, DT1, DT2 etc.) verwendet, um die Einhaltung der Anonymität zu gewährleisten. Dabei wurden für die Interviews mit Gehörlosen der Buchstabe „T“ für „Teilnehmer“ benutzt und für die Dolmetscherbefragungen wurde die Abkürzung „DT“ verwendet. Die gewonnenen Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Die Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

6.4 Bekanntmachung der Studie

Zuerst wurde ein Video mit einer Gebärdensprachdolmetscherin im Multimediazentrum Jena gedreht, in dem die Studie vorgestellt und Gehörlose zum Interview eingeladen wurden. Anschließend wurde eine schriftliche Information zur geplanten Befragung, eine Einladung sowie ein Formular zur Einverständniserklärung der Teilnahme am Interview verfasst (Anschreiben und Einverständniserklärung im Anhang). Das Video, die Einladung und schriftliche Information wurden am 05.01.2015 auf die Homepage des Landesverband Gehörloser Thüringen e.V. und am 27.01.2015 auf das, von Gehörlosen mutmaßlich am häufigsten besuchte, Internetportal „taubenschlag.de“ geladen.

Auch über die Gebärdensprachdozentin wurden einige Gehörlose kontaktiert. Die Interviewteilnehmer wurden zusätzlich durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ gewonnen und von dem Interviewer direkt angesprochen. Zusätzlich wurde durch Öffentlichkeitsarbeit umfangreich auf die Studie aufmerksam gemacht.

Am 31.01.2015 fand die Hauptmitgliederversammlung des Gehörlosenvereins Saalfeld statt. Die Einladung zu dieser Versammlung als externer Gast zur Vorstellung der Studie erfolgte vom stellvertretenden Vorsitzenden des Vereins, der schwerhörig ist. Die Vorsitzende des Vereins ist gehörlos. Sie wurden durch das Einladungsvideo auf der Homepage des Landesverband Gehörloser Thüringen e.V. auf die Studie aufmerksam. Die Versammlung fand in der Gaststätte des Hotels Weltrich in Saalfeld statt. Nach der Power-Point-Präsentation über die Studie wurden auch Rückfragen in Gebärdensprache beantwortet. An dieser Versammlung nahmen 19 Personen teil, von denen 18 gehörlos und einer schwerhörig waren. Viele Gehörlose

trugen sich in die Teilnehmerliste für die Studie ein. Diesen wurde anschließend per Fax eine Einladung mit schriftlicher Einwilligungserklärung gesendet.

Gehörlose aus Hamburg, Bonn und Berlin hatten ebenso wie Gehörlose aus dem Raum Thüringen Interesse, an der Studie teilzunehmen. Da es geplant war die Interviews mit den Gehörlosen in deutscher Gebärdensprache simultan zu übersetzen und im Multimediazentrum Jena aufzunehmen, wurden diese Anfragen aufgrund der hohen Fahrtkosten nach Jena, die nicht übernommen werden konnten, zunächst abgelehnt. Da diese Gehörlosen jedoch großes Interesse an der Studie zeigten, wurde die Entscheidung getroffen, Fragebögen zu verfassen. Als Vorlage dazu diente der Interviewleitfaden. Diese Gehörlosen versicherten Schriftsprachenkompetenz und erhielten die für sie verfassten Fragebögen und Einwilligungserklärung per Email als PDF-Datei.

Mit einer Teilnehmerin aus Berlin, die nicht nach Jena kommen konnte, jedoch einen eigenen Gebärdensprachdolmetscher organisierte, wurde das Interview als Videokonferenz im Multimediazentrum durchgeführt. Das Interview wurde ebenfalls aufgezeichnet.

Eine Einladung zur qualitativen Befragung von Gebärdensprachdolmetschern im Raum Thüringen wurde verfasst und an alle Gebärdensprachdolmetscher in Thüringen per Email versendet. Die Kontaktdaten wurden von der Homepage der Landesarbeitsgemeinschaft der Gebärdensprachdolmetscher/innen Thüringen e.V. bezogen. Nach telefonischen Rücksprachen wurden je nach Wunsch der Dolmetscher Termine zum Interview oder Telefoninterview vereinbart. Einige Dolmetscher wünschten sich Fragebögen, weil sie trotz ihres straffen Zeitplanes an der Studie teilnehmen wollten. Diese erhielten die Einwilligungserklärung und Fragebögen mit einem frankierten Rückumschlag per Post. Alle Dolmetscher, mit denen ein Telefoninterview durchgeführt wurde, erhielten die Einwilligungserklärung mit einem frankierten Rückumschlag ebenfalls per Post.

6.5 Datenerhebung in Form von halbstandardisierten Interviews

Als Methode der Datenerhebung wurde das qualitative Interview gewählt, um Erfahrungen und Erlebnisse Gehörloser und Gebärdensprachdolmetscher im ambulanten Gesundheitssystem besser aufzuzeigen. Es wurden auch Befragungen mittels Fragebögen durchgeführt.

Die meisten Daten wurden jedoch anhand von Interviews gewonnen. Sie wurden halbstandardisiert durchgeführt und anhand qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Somit wurden Kommunikationsstrukturen, Motive und Annahmen der Befragten nachvollziehbar und analysierbar. Durch diese Daten konnten Rückschlüsse gezogen und Theorien konzipiert werden. Es sollten Hypothesen gebildet werden, die es zunächst ermöglichen, den genannten Forschungsgegenstand und dessen Qualität zu verstehen (Mayring 2010).

Es existieren verschiedene qualitative Interviewtechniken, die sich durch unterschiedliche Merkmale auszeichnen. Im offenen Interview sind die Probanden beispielsweise aktiver in das Gespräch involviert als beim standardisierten Interview, das einem festgelegten Fragenkatalog folgt. Für die geplante Studie eignete sich am ehesten eine Kombination beider Methoden in Form des halbstandardisierten Interviews.

Es wurde ein Leitfaden mit Fragen erstellt, deren Reihenfolge und Formulierung variieren konnte. So konnten Erfahrungen der Interviewteilnehmer uneingeschränkt aufgefasst werden. Offene und freie Antworten auf die Fragen des Interviews waren entsprechend dem Sinn qualitativer Forschung gewünscht.

Vor der Durchführung der Interviews wurde ein Treffen mit einer Gebärdensprachdolmetscherin vereinbart. Ziel dieses Gesprächs war es, die Interviewfragen an Gehörlose anzupassen, da es wenig Literatur zum Thema Interviewführung mit Gehörlosen gibt und kein Leitfaden dazu existiert. Es wurden textgenerierende Fragen wie „Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre am Empfang“, aufrechterhaltende Fragen wie „Wie ging es weiter?“, prozessorientierte Fragen wie „Wie haben Sie Ihren Hausarzt ausgesucht?“ und offene Fragen gestellt. Von der letzteren Fragenform wurde jedoch von der Gebärdensprachdolmetscherin abgeraten. Anhand ihrer langjährigen Erfahrungen mit Gehörlosen wurde geraten die Fragen konkreter zu formulieren. Aus diesem Grund wurde folgendes Vorgehen bevorzugt: Wenn die Interviewteilnehmer eine offene Frage aufgrund der unterschiedlichen Sprache und Kultur nicht verstehen, sollte die jeweilige Frage in Form einer geschlossenen Frage umformuliert werden.

Der Interviewleitfaden enthält folgende Themenbereiche:

- Demographische und sozioökonomische Fragen
- Erfahrungen und Probleme im ambulanten Gesundheitssystem
- Arztwahl/ Zufriedenheit mit dem Hausarzt

- Terminvereinbarung
- Zugang zu Informationsmaterial bezüglich Medizin und Gesundheit
- Arzt-Patient-Kommunikation mit und ohne Dolmetscher
- Verbesserungsvorschläge

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden. Mit der Erstellung eines Interviewleitfadens konnte eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht werden (Hopf 1991). Das Interview wurde gefilmt. Es waren jeweils die Interviewerin, Gebärdensprachdolmetscherin, der Interviewteilnehmer und Mediengestalter anwesend.

Vorteile des Interviews sind unter anderem die rasche Erhebung von Informationen, die unmittelbare Wahrnehmung von Reaktionen wie Reflexion sowie die kommunikative Validierung, um Verständnisproblemen entgegenzuwirken.

Nachteile ergeben sich aus der subjektiven Verzerrung und Beeinflussung. Die Antwortbereitschaft des Interviewten sowie sein Wohlbefinden spielen eine große Rolle. So kann sich eine Verzerrung auf Grund einer Interaktion des Befragten/ Interviewers durch Unterschiede in Geschlecht, Sprache, Auftreten etc. ergeben.

Eine weitere Fehlerquelle ist die Transkription des Interviews, da sie sehr aufwendig durch Füllwörter, grammatikalische Fehler und ähnlichem sein kann und keine Emotionen transkribiert wurden.

Auch der Aspekt der „Zuverlässigkeit“ ist als kritisch anzusehen, da eine Interaktion zwischen Interviewer und Interviewten notwendig ist. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass die Durchführung desselben Interviews bei derselben Person zu einem anderen Zeitpunkt das gleiche Ergebnis bringen würde, genauso wie beim Durchführen desselben Interviews von einem anderen Interviewer (Kromrey 2013).

6.5.1 Gehörlosen-Studie

Die Erhebung der meisten Daten erfolgte in Form von Interviews, in denen Gehörlose in der Sprache, in der sie sich am meisten wohl fühlen, möglichst uneingeschränkt von ihren Erfahrungen berichteten. Diese Vorgehensweise entspricht der qualitativen Forschung, in welcher das Gespräch von großer Bedeutung ist (Mayring 2010).

Zusätzlich wurden Fragebögen für schriftsprachenkompetente Gehörlose erstellt, die aufgrund der Entfernung und dem damit verbundenen finanziellen Aufwand nicht am Interview teilnehmen konnten, jedoch unbedingt der Studie einen Beitrag leisten wollten. Die Fragebögen wurden mit der Einverständniserklärung als PDF-Datei per Email verschickt.

Die Interviews wurden zwischen 19.12.2014 und 10.06.2015 erhoben. Somit dauerte die Datenerhebung der Gehörlosen-Studie sechs Monate. Sie umfasste das Führen der Interviews sowie die Aufnahme per Video. Ein Interview dauerte ca. 60 Minuten. Die Interviews wurden im Medienzentrum der FSU Jena durchgeführt. Es war immer dieselbe Gebärdensprachdolmetscherin bei den Interviews anwesend. Dafür wurde die Landesarbeitsgemeinschaft der Gebärdensprachdolmetscher/innen Thüringen e.V kontaktiert. Die Interviews wurden als Video aufgenommen und aufgezeichnet, die DGS wurde simultan von der Gebärdensprachdolmetscherin übersetzt.

6.5.2 Dolmetscher-Studie

In Thüringen gab es zum Zeitpunkt der Studie 14 examinierte Gebärdensprachdolmetscher. An dieser Studie nahmen insgesamt 11 Dolmetscher teil. Es wurden ein Interviewleitfaden, ein neunseitiger Fragebogen und eine Einverständniserklärung erstellt. Fünf Dolmetscher wurden per Post Fragebögen und Einverständniserklärungen mit einem frankierten Rückumschlag versendet. Sie schickten alle die ausgefüllten Fragebögen und unterschriebenen Einverständniserklärungen zurück. Befragungen mit den Gebärdensprachdolmetscher wurden nach telefonischen Verabredungen durchgeführt. Mit vier Dolmetschern wurden 2015 Telefoninterviews durchgeführt und per Tonband am Laptop aufgezeichnet. Mit zwei Dolmetschern wurde ein offenes Interview im Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie geführt, jeweils am 11.02.2015 (31min) und am 25.06.2015 (1h20min). Im Durchschnitt dauerten die Interviews 51 Minuten. Die Datenerhebung der Dolmetscher-Studie dauerte neun Monate.

6.6 Transkription

Die Transkription der Interviews erfolgte in den Monaten August bis Oktober des Jahres 2015. Das Wort Transkription kommt vom Lateinischen „trans-scribere“ und bedeutet „umschreiben“ (Höld 2009). Dabei wurden die Videodateien (Sekundärdaten) in Textdaten (Tertiärdaten) umgewandelt. Die Transkription entspricht der Grammatik der deutschen Schriftsprache (Uhlig 2012).

Die Planung, Durchführung, Transkription und Analyse von qualitativen Interviews war sehr zeitaufwendig. Die Transkription eines einstündigen Interviews dauerte ca. das Sechsfache der eigentlichen Interviewdauer.

Es wurde für eine einfache Transkriptionsform ausgewählt, da die Priorität bei der Transkription auf dem Inhalt des Interviews lag. Damit der Entstehungsprozess nachvollziehbar und diskutierbar ist, wurden folgende Transkriptionsregeln aufgestellt (Dresing und Pehl 2010):

1. Es wird vollständig und wörtlich transkribiert. Allerdings steht der Inhalt im Vordergrund.
2. Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt.
3. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung verwendet wurden.
4. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile.
5. Die Interviewerin wird mit einem „I:“ am Satzanfang gekennzeichnet und die befragte Person mit einem „P:“.
6. Die Transkripte werden entsprechend den Videonamen benannt.
7. Bei Unklarheiten werden Punkte gemacht (...), je nach Länge dessen, was nicht verstanden wurde, sodass der Interviewer das nachtragen kann.
8. Pausen, Stockungen und Ähnliches werden nicht transkribiert.
9. Auch andere Auffälligkeiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder Ähnliches werden nicht transkribiert.
10. Das Format ist Schriftgröße: 11, Schriftart: Calibri

Zur Transkription wurde das Programm f4 benutzt (Dresing und Pehl 2013). Es wurde eine Studentenlizenz für sechs Monate von der Software f4 gekauft. Anhand dieser Software konnte die Abspielgeschwindigkeit bei der Transkription verlangsamt und mit der Taste F4 gesteuert werden. Die Transkripte enthalten Zeitmarken, die zum übersichtlichen Arbeiten beitrugen (Dresing und Pehl 2013). Sie wurden bei einem zweiten Durchgang geprüft und korrigiert. Die Zitate aus der Gehörlosenstudie werden in dieser Monografie mit „T“ für „Teilnehmer“ und die aus der Dolmetscherstudie mit „DT“ verzeichnet. Für elf Interviews (Gehörlosenstudie) mit einer Dauer von etwa einer Stunde wurden bei diesem einfachen Regelsystem rund 70 bis 90 Arbeitsstunden benötigt. Diese Protokolle haben einen Umfang von 128 Seiten. Die transkribierten Interviews mit den Gebärdensprachdolmetschern haben einen Umfang von 60 Seiten.

Nachdem die Interviews methodisch, regelgeleitet und technisch korrekt in schriftliche Form gebracht waren, wurde mit der Analyse des Datenmaterials begonnen. Die Auswertung wurde mit dem inhaltsanalytischen Verfahren nach Mayring durchgeführt.

6.7 Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Inhaltsanalyse ist eine Methode, die zur systematischen Auswertung großer Textmengen entwickelt wurde. Dr. Philipp Mayring gilt als Mitbegründer der qualitativen Inhaltsanalyse. Dabei wird theoriegeleitet vorgegangen (Mayring 2010).

Bei der Anwendung dieser qualitativen Methode bleiben einige grundlegende Bestandteile der quantitativen Auswertung nahezu unverändert bestehen (Mayring 2010):

- Das Material muss zunächst in ein Kommunikationsmodell (Stichprobe beschreiben, Informationen zum Kontext geben) eingeordnet werden.
- Außerdem müssen Kategorien bzw. Kategoriensysteme entstehen.
- Die Durchführung der Analyse sollte systematisch, regel- und theoriegeleitet erfolgen. Es darf nicht zu einer „freien“ Interpretation kommen.
- Weiterhin ist es notwendig, die Ergebnisse mit Hilfe von inhaltsanalytischen Gütekriterien zu kontrollieren.

Im Juli 2016 begann die Auswertung der gewonnenen Daten nach Mayring. Bei der Datenauswertung wurden keine speziellen Programme für qualitative Inhaltsanalysen verwendet. Ohne Hilfsmittel war eine intensivere Beschäftigung mit den Daten notwendig. Auch Mayring rät zu einer „manuellen Vorgehensweise“, wenn das zu bearbeitende Material nicht allzu umfangreich ist (Mayring und Gläser-Zikuda 2008).

Die Auswertung der Textmaterialien und die Bildung des Kategoriensystems wurden mit einem Textverarbeitungsprogramm durchgeführt (Microsoft Word), später kam es zur Datenübertragung in ein Tabellenkalkulationsprogramm (Microsoft Excel), um eine übersichtlichere Darstellung zu ermöglichen.

Beim Lesen der transkribierten Texte konnten nun alle relevanten Aussagen, sogenannte Analyseeinheiten, markiert und gesammelt werden. Die Analyse erfolgte von einer Einheit zur nächsten. Somit wurde ein systematisches Vorgehen gewährleistet und das Kriterium der Regelgeleitetheit erfüllt.

Durch die Interviews wurden die Probanden dazu angeregt, über ihr gegenwärtiges Befinden, über die kognitive Verarbeitung ihrer Situation, ihre bisherigen Handlungen und Handlungspläne zur Bewältigung der Situation und über die eigenen biografischen Erfahrungen zu berichten. Es wurde darauf geachtet, dass sich die Befragten während des Interviews wohl fühlen, sodass ein angenehmes Gespräch stattfand und die Nähe zum Gegenstand gegeben war. Nach dem inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell ist das Ziel der Analyse also, durch den Text Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Befragten zu machen (Mayring 2010).

Es wurden zunächst Analyseeinheiten bestimmt. Die Stellen, in denen über Erfahrungen und Erlebnisse im ambulanten Gesundheitssystem berichtet wurde, wurden ausgewählt. Anschließend erfolgte die Paraphrasierung. Diese wurden generalisiert. Die erste Reduktion erfolgte durch das Weglassen bedeutungsgleicher Paraphrasen. Die zweite Reduktion erfolgte durch Zusammenfassung von Paraphrasen mit ähnlichem Inhalt. Somit konnten die Aussagen der Probanden in abstrakter Form zu Kategorien eingeteilt werden, die anschließend überprüft wurden. Erst durch Suche nach Gemeinsamkeiten innerhalb der Kategorien entwickelte sich eine Feinstruktur in Form zahlreicher Unterkategorien. Diese Textstellen konnten daraufhin bestimmten Themen oder Fragestellungen zugeordnet werden, zum Beispiel „Wie kommuniziert der Arzt mit dem gehörlosen Patienten?“. Aus der Fragestellung leitet sich die Definition der Kategorie ab (Mayring 2010).

In dieser Studie wurden folgende Hauptkategorien aufgestellt und zusammengefasst:

- K1: Ambulantes Gesundheitssystem
- K2: Terminvereinbarung
- K3: Medizinische Informationen
- K4: Arzt-Patient-Kommunikation
- K5: Gehörlosenwelt
- K6: Umgang mit Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetschern
- K7: Ausblick: Krankenhäuser

Bei der Betrachtung und Analysierung einer Kategorie wurden weitere Themen erkannt, die sich innerhalb dieser Kategorie wiederholten. Bei der Frage „Wie kommuniziert der Arzt mit dem gehörlosen Patienten?“ gaben beispielsweise Gehörlose an, dass Ärzte schriftlich mit ihnen kommunizieren. Diese Aussage konnte dann erneut zu einer Kategorie „K 4.1.1 verbale

Kommunikation“ zusammengefasst werden. Im Ergebnis entstand eine Zusammenstellung von Kategorien passend zu einem Thema und ist mit spezifischen Textbeispielen, den Ankerbeispielen, belegt (Mayring 2010).

Im Folgenden soll der erste Reduktionsdurchgang dargestellt werden. In der Tabelle werden dabei zunächst die Fallnummer und Seitenzahl der jeweiligen Textstelle festgehalten. In den nächsten Spalten werden dann die Paraphrasen der inhaltstragenden Textstellen dargestellt und fortlaufend durchnummeriert. In der mittleren Hauptspalte sind die einzelnen Paraphrasen abstrahiert und generalisiert worden. Doppelte oder unwichtige Äußerungen wurden dann in dieser Spalte gestrichen. In der letzten Spalte schließlich sind die übrig gebliebenen Äußerungen durch Bündelung, Integration und Konstruktion zu neuen Äußerungen zusammengestellt worden, die das Ergebnis des ersten zusammenfassenden Durchganges darstellen. Als erstes Kategoriensystem wurden sie durchnummeriert.

Tabelle 1: Beispiel für die Kategorienbildung

Fall	S.	Nr.	Ankerbeispiel	Paraphrase	Generalisierung und Reduktion
6	7	30	Durch Aufschreiben. Der Hausarzt schreibt auf.	Der Hausarzt schreibt auf und erklärt so die Inhalte der Untersuchung.	K4 Kommunikation mit dem Arzt: verbal (schriftlich)
9	10	34	Gerade was Ein- und Ausatmen angeht, das machen Ärzte dann halt immer vor, das geht ganz gut. Sie gibt mir dann immer Zeichen, was ich wie machen soll. Auch beim Blutdruck messen, zeigen sie immer Daumen hoch oder runter.	Kommunikation durch Zeigen	K4 Kommunikation mit dem Arzt: nonverbal (Gestik)
11	7	33	Mir ist es immer lieber, wenn ein Dolmetscher dabei ist.	Kommunikation mit dem Arzt mit einem Gebärdensprachdolmetscher	K4 Kommunikation mit dem Arzt: Dolmetscher

In der Tabelle 1 wurden die Arbeitsschritte „erste und zweite Reduktion“ und „Generalisierung und Reduktion“ zusammengefasst, damit es zu einer übersichtlicheren Darstellung kommt.

Als keine neuen Kategorien mehr definiert werden konnten überprüfte man, ob Überlappungen im System existieren, also ob sich zum Beispiel ein Ankerbeispiel mehreren Kategorien zuordnen lässt, was jedoch nicht zutraf. Diese Kontrolle durch den Autor war notwendig, um die Intracoder-Reliabilität zu gewährleisten.

Anschließend erfolgte die kommunikative Validierung des bestehenden Kategoriensystems (Intercoder-Reliabilität) (Heydrich 2014). Hierbei wurde erneut kontrolliert, ob die Kategorienbildung und die Zuordnung der Ankerbeispiele eindeutig, logisch und nachvollziehbar sind. Die Definition der Kategorie muss zur eigentlichen Fragestellung passen (Mayring 2002). Die beschriebene Überprüfung führte eine Arbeitsgruppe bestehend aus vier Personen (Dr. Swetlana Philipp, Katja Hebestreit und Edith Kautler) am 27. Mai 2016 durch. Hierbei sollten 32 Ankerbeispiele den vorgegebenen 30 Kategorien zugeordnet werden. Wenn die Mehrheit (3 Personen) die Zuordnung identisch vorgenommen hatte, so musste die Kategorie nicht verändert werden. Bei unterschiedlicher Einordnung bzw. sonstigen Unklarheiten war eine Überarbeitung des Systems notwendig. Einige Definitionen der Kategorien wurden überarbeitet und umformuliert, sodass eine exakte Zuordnung der Ankerbeispiele in die jeweilige Kategorie erfolgte.

In Folge der Ergebnisse der kommunikativen Validierung kam es zu einer Korrektur der Kategorien. Anschließend wurde mit der Niederschrift der Dissertation begonnen.

7. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studien dargelegt. Hierbei richtet sich die Gliederung nach den Zielstellungen der Arbeit.

7.1 Ambulantes Gesundheitssystem

Als erste Kategorie wurde das „ambulante Gesundheitssystem“ erstellt. Dabei wurden alle Aussagen, die die ambulante medizinische Versorgungslage gehörloser Patienten bewerten, unter diese Kategorie zusammengefasst (siehe Abb.6). Des Weiteren fallen auch die Rahmenbedingungen unter diese Kategorie.

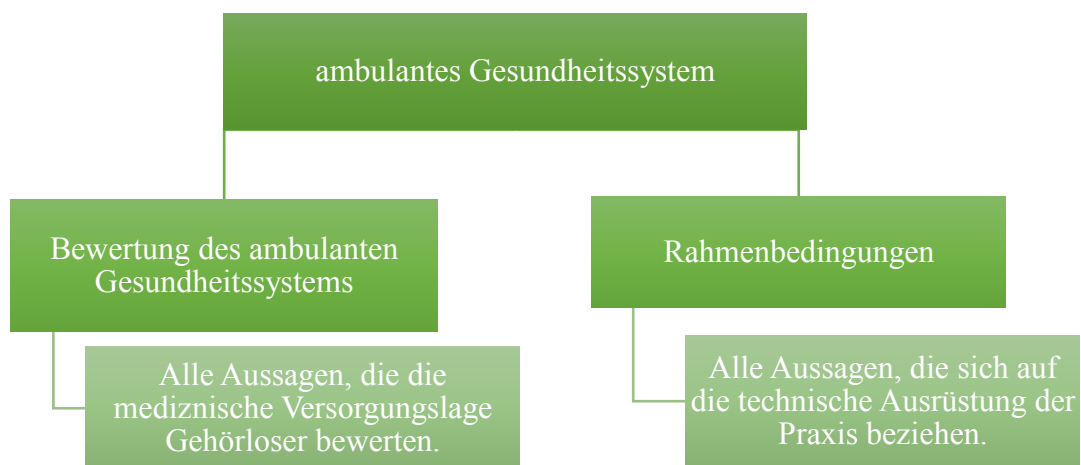


Abbildung 6: Definitionen der Kategorie 1 "ambulantes Gesundheitssystem"

7.1.1 Bewertung des ambulanten Gesundheitssystems

Auf die Frage, ob gehörlose und hörende Patienten medizinisch adäquat behandelt werden und wie die ambulante Versorgung für Gehörlose ist, antworteten die Studienteilnehmer folgendermaßen:

T10 (#00:10:12-2#): „Und zwar habe ich das Gefühl, dass es keine Gleichbehandlung (im Vergleich zu hörenden Patienten) ist. Ich habe oft das Gefühl, dass es für hörende Ärzte anstrengend ist und sie mir dann nicht die gleiche Informationsmenge geben wie einer hörenden Patientin (...).“

Zwei Gehörlose (17%) empfinden das ambulante Versorgungssystem gleich gut wie bei Hörenden. Zehn Gehörlose (83%) jedoch fühlen sich benachteiligt. Die befragten Gebärdensprachdolmetscher bewerten das System ähnlich wie Gehörlose. 27% (3) bewerten das ambulante Versorgungssystem gut, wohin gegen 73% (9) das System für schlecht empfinden. Gründe dafür seien vor allem wenig gebärdensprachkompetente Ärzte, mangelhafte

Kommunikation, Arztbesuche ohne Dolmetscher und Unwissenheit über Dolmetscherbestellung.

DT2: „(Das größte Problem ist die) Unwissenheit der Ärzte über die Besonderheit im Umgang mit Gehörlosen.“

7.1.2 Rahmenbedingungen

Auf die Frage, ob Praxen gut ausgestattet seien, antworteten Dolmetscher folgendermaßen:

DT4: „Nein, das kann ich so nicht sagen.“

Ein Dolmetscher erklärt die Praxisausrüstung wie folgt:

DT11 (#00:03:24-5#): „Ich glaube ein Faxgerät haben fast alle. Das ist ok. Es wird oft bei der Anmeldung gefragt, ob Patienten eine Telefonnummer oder irgendetwas für kurzfristige Änderungen oder Informationen hinterlassen können, da müssten alle Praxen auf SMS oder Email umrüsten. Also das bietet fast keiner an.“

Wenn Praxen Faxgeräte besitzen, erleichtert dies die Kommunikation für ältere Gehörlose. Sie können so ihrer Termine vereinbaren und bei Fragen oder Ähnliches die Praxis ebenfalls per Fax erreichen. Die jüngere Generation von Gehörlosen hat meistens keine Faxgeräte und benutzt vielmehr das Internet. Praxen, die per Email nicht erreicht werden können, erschweren daher die Kommunikation für diese Gruppe von Gehörlosen.

7.1.3 Haus- und Fachärzte

Die Kategorie „niedergelassene Ärzte“ gehört zum Thema „ambulantes Gesundheitssystem“, wird hier jedoch zur Übersichtlichkeit separat von Kategorie 1 dargestellt. Sie wird in folgende Unterkategorien unterteilt: Häufigkeit des Arztbesuches, Hausarztwahl und Fachärzte. Die Definitionen jeder Kategorie sind in der Abbildung 7 zu sehen.

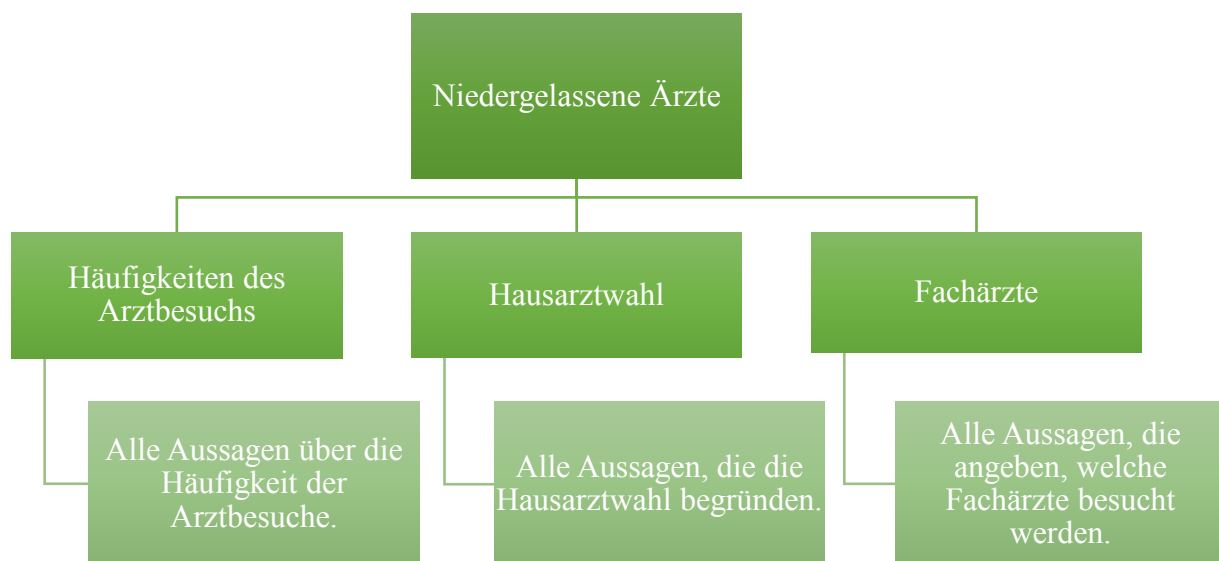


Abbildung 7: Definitionen der Unterkategorie „Niedergelassene Ärzte“

7.1.3.1 Häufigkeit der Arztbesuche

Auf die Frage, wie oft Gehörlose zum niedergelassenen Arzt gehen, wurde im Durchschnitt „neun Mal pro Jahr“ angegeben. Die Interviewteilnehmer wurden auch gefragt, welche niedergelassenen Ärzte sie regelmäßig besuchen.

In der Abbildung 8 wird die Häufigkeit der jeweiligen Arztbesuche im Jahr aufgezeigt. Am häufigsten werden mit 37% (durchschnittlich 5 Arztbesuche pro Jahr) Hausärzte besucht. Elf von zwölf der befragten Gehörlosen gehen regelmäßig zum Hausarzt. Am zweihäufigsten werden mit 18% (durchschnittlich 2,7 Arztbesuche pro Jahr) Zahnärzte besucht. Sieben Gehörlose gehen regelmäßig zum Hautarzt. Vier der 12 Befragten gehen regelmäßig zum Augenarzt (16%; durchschnittlich 2,3 Arztbesuche im Jahr). Fünf Gehörlose gehen im Durchschnitt zwei Mal im Jahr zum Frauenarzt (14%). 1/3 der Befragten gehen regelmäßig zum Internisten, im Durchschnitt 1,7mal pro Jahr (12%). Ein Befragter geht zwei Mal im Jahr zum Pulmologen. Jeweils ein Interviewteilnehmer geht regelmäßig zum Dermatologen, Orthopäden und Psychologen.

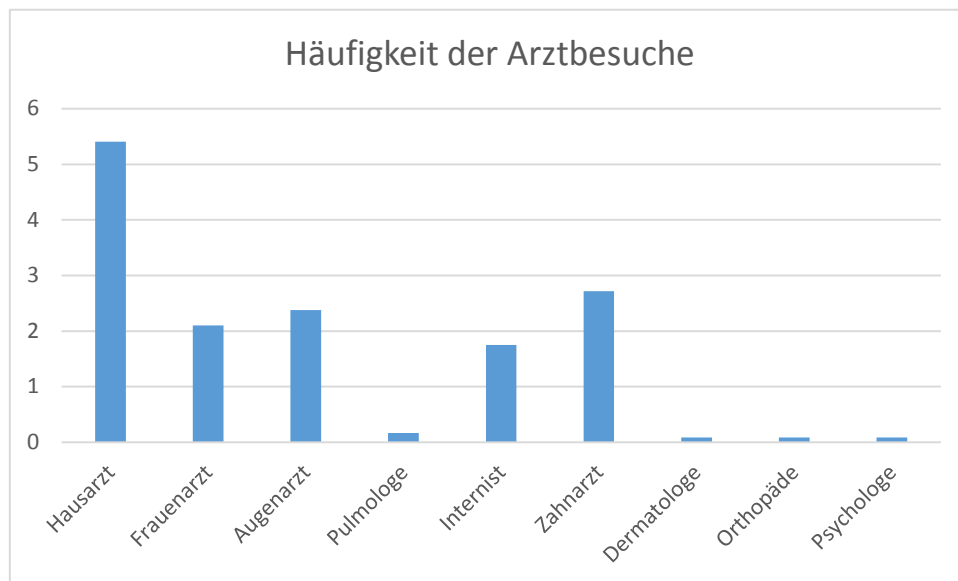


Abbildung 8: Regelmäßig besuchte Ärzte im ambulanten Gesundheitssystem

7.1.3.2 Hausarztwahl

Auf die Frage, nach welchen Kriterien der Hausarzt ausgesucht wird, antworteten die Studienteilnehmer folgendermaßen:

T2 (#00:02:18-6#): „Ich habe (...) mir den Hausarzt in der Nähe meiner Wohnung ausgesucht. Ein Kriterium war, dass er nah ist.“

Fünf der befragten zwölf Gehörlosen in Thüringen suchen den Hausarzt in der Nähe ihrer Wohnung aus (41,5%). Fünf der befragten Gehörlosen gehen zu ihrem Hausarzt, weil er sie jahrelang behandelt und kennt (41,5%). Andere wiederum achten viel mehr auf die Haltung der Ärzte und ihren Umgang mit Gehörlosen. Vor allem jüngere Gehörlose legen Wert auf die Einstellung des Arztes (2; 17%).

T10 (#00:09:36-3#): „Ich bevorzuge offene Ärzte, also die, die eine offene Einstellung haben, die alternativ sind und sozial eingestellt sind. Die wähle ich am liebsten aus.“

7.2 Terminvereinbarung

Zur zweiten Kategorie wurden sowohl alle Informationen zur Art und Weise der Terminvereinbarung, als auch Bewertungen zum Ablauf der Terminvereinbarung zusammengefasst.

7.2.1 Ablauf der Terminvereinbarung

Auf die Frage, wie die Terminvereinbarung erfolgt, antworteten Gehörlose folgendermaßen:

T2 (#00:05:36-5#): „Ich gehe zur Anmeldung immer persönlich hin und hole mir den Termin persönlich ab.“

T4 (#00:14:14-9#): „Durch den Dolmetscher. Sie rufen dort (in der Praxis) an oder ich schicke ihnen eine E-Mail. Ich bin auch manchmal selbst zum Arzt gegangen, um direkt vor Ort einen Termin zu holen.“

Während manche Gehörlose vor Ort persönlich oder per Fax Termine vereinbaren, bitten andere den Dolmetscher einen Termin zu vereinbaren. Jüngere Gehörlose nutzen zur Terminvereinbarung Emails. Es gibt auch Websites mit Telefonservice für Gehörlose. Ein Beispiel ist das „Telefonservice-deaf.com“.

T10 (ab #00:14:01-0#): „Normalerweise schicke ich eine E-Mail. (...) Es gibt auch den Telefonservice-deaf.com. Das ist ein Service, der in der Schweiz sitzt. Da kann ich anrufen und dann wird das Telefonat gedolmetscht und ab zwei Uhr ist der Service offen. Ich tippe etwas ein und das wird dann übersetzt und dann kann ich so einen Termin vereinbaren.“

„Procom“ ist eine Stiftung, die 1988 von der Genossenschaft Hörgeschädigte-Elektronik gegründet wurde und als Kommunikationshilfe für Hörgeschädigte dient (Binggeli et al. 2009). Ihren Sitz hat sie in der Schweiz (Boyes Braem et al. 2012).

T12 (Seite 2): „Ich maile normalerweise über procom.deaf.ch. Aber generell gebe ich einer Dolmetscherin Bescheid, dass ich einen Termin brauche.“

7.2.2 Bewertung des Ablaufs der Terminvereinbarung

Es wurde nach der Zufriedenheit mit dem Ablauf der Terminvereinbarung gefragt. Gehörlose antworteten diesbezüglich unterschiedlich.

T1 (#00:10:51#): „Ja, das klappt gut. Ich bin zufrieden.“

T5 (#00:16:14-3#): „Es dauert manchmal ein bisschen länger mit Dolmetschern, weil sie auch erst den Arzt anrufen und Termine ausmachen müssen. Das kann manchmal ein bisschen länger dauern.“

Während neun der befragten Gehörlosen mit dem Ablauf der Terminvereinbarung zufrieden sind, wird er von drei Interviewteilnehmern aufgrund des größeren Zeitaufwandes der Terminvereinbarung im Vergleich zu hörenden Patienten und der schwierigeren Terminfindung für Patient, Arzt und Gebärdensprachdolmetscher kritisiert (Abb.9).

T8 (#00:30:14-6#): „Also der Dolmetscher versucht den Termin zu machen, dann werden die Gehörlosen gefragt: „Ist das in Ordnung? Kannst du zu diesem Termin kommen?“ Wenn er das dann bestätigt, ist der Termin fest. Es ist immer eine Dreiecksgeschichte. Es sind immer mehr Leute involviert.“

Ein Gehörloser sei momentan zufrieden mit dem Ablauf der Terminvereinbarung, weil er zurzeit nicht berufstätig und damit zeitlich flexibel sei. Er sprach jedoch die Probleme des Zeitaufwandes und der Terminfindung zwischen Patient, Arzt und Dolmetscher an, die auftreten könnten, wenn er berufstätig wird. Einige Gebärdensprachdolmetscher kritisieren ebenfalls den zeitlichen Aufwand, um einen, für alle Beteiligten passenden, Termin zu finden. DT9 (Seite 3): „Gehörlose sind zufrieden mit der Terminvergabe, mir dauert sie (die Vereinbarung) zu lange.“

DT11 (Seite 3): „Wenn es nicht ok ist, dann rufe ich nochmal beim Arzt an und suche einen neuen Termin. Das Spielchen machen wir so lange, bis wir einen Termin gefunden haben. Das ist jetzt nicht schlimm. Es ist zwar ein bisschen aufwendig, aber überhaupt nicht schlimm, weil es so am besten klappt.“

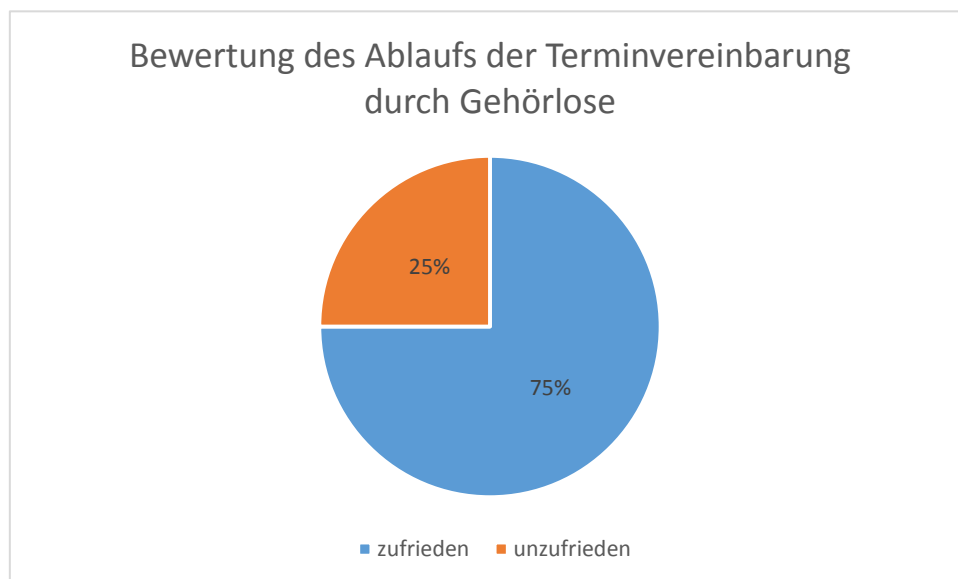


Abbildung 9: Bewertung des Ablaufs der Terminvereinbarung durch Gehörlose

7.3 Medizinische Informationen

Die Kategorie „medizinische Informationen“ teilt sich in zwei Unterkategorien „Informationsquellen“ und „Probleme“ ein. Die Definitionen der Kategorien sind in der Abbildung 10 zu sehen.

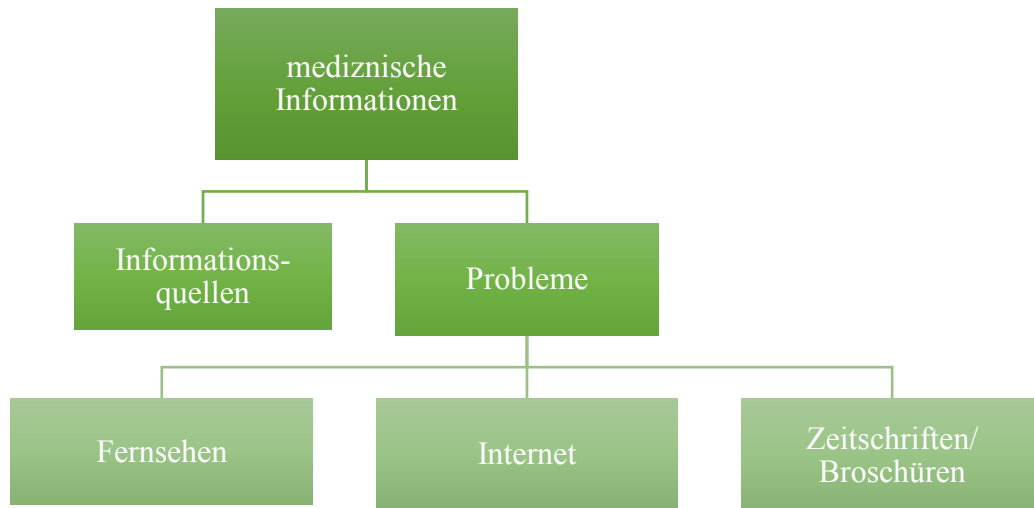


Abbildung 10: Definitionen der Kategorie 3 „medizinische Informationen“

7.3.1 Informationsquellen

In den Interviews wurden Gehörlose gefragt, woher sie Informationen über medizinische Themen und Gesundheitsfragen bekommen, wie gut sie an ihre Informationsquellen gelangen und ob diese Informationsmöglichkeiten ausreichend sind.

T1 (#00:28:27-9#): „Ich nutze manchmal Informationsmaterial vom deutschen Gehörlosenbund e.V..“

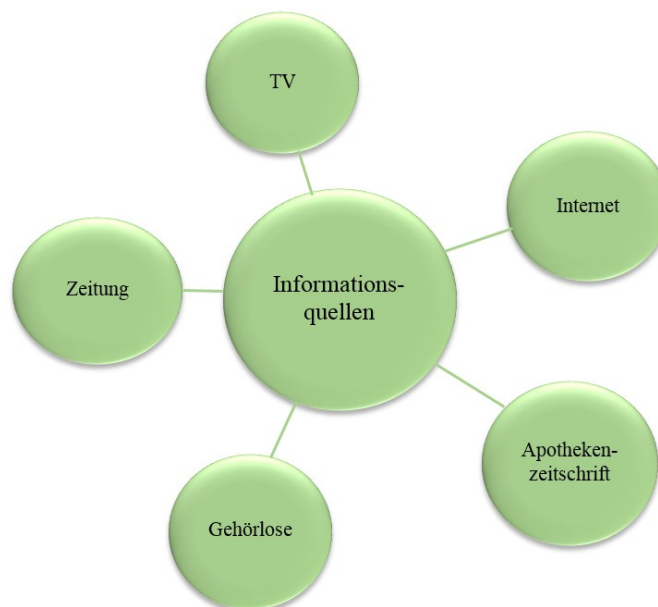


Abbildung 11: Informationsquellen

Gehörlose nutzen als Informationsquellen Zeitschriften, Zeitungen, das Fernsehen mit Untertitel und das Internet (siehe Abb. 11). Unter ihnen findet auch ein Austausch über medizinische Themen statt.

T2 (#00:12:26-5#): „Manchmal schreiben wir sie (medizinische Fachbegriffe) auf und ich nehme den Zettel dann mit nach Hause und schaue im Internet nach, was es eigentlich bedeutet, was er (Arzt) aufgeschrieben hat. (...) Dass ich jetzt beim Arzt über ein Thema nachfrage, kommt eigentlich nicht vor.“

Im weiteren Verlauf der Interviews wurden die Patienten gefragt, ob die von ihnen aufgezählten Informationsquellen ausreichend sind. Während einige Studienteilnehmer über ein Informationsdefizit klagen, fühlen sich andere gut informiert.

T4 (#00:47:48-4#): „Ich habe nicht das Gefühl, dass ich ein Informationsdefizit habe. Ich nehme das alles (...) ernst.“

T7(#00:31:29-8#): „Ich würde aber gerne mehr Informationsquellen nutzen.“

Gebärdensprachdolmetscher wurden auch gefragt, ob die Informationsquellen für Gehörlose ausreichend seien. Sie sagten folgendes:

DT9: „schlecht. Fragen wie „zu welchem Arzt soll meine Freundin gehen, sie hat große Blasen am Fuß?“ bekam ich per SMS. Gehörlose wissen nicht, was sie machen sollen, wohin sie gehen sollen.“

7.3.2 Probleme der Informationsquellen

Gehörlose berichteten über die Probleme der Informationsquellen. Im Fernsehen fehlen Untertitel, in Zeitschriften und Broschüren werden medizinische Fachbegriffe nicht verstanden. Lange, verschachtelte Sätze seien schwierig zu begreifen.

T6 (#00:36:07-6#): „Die Sätze in der Apothekenschau sind sehr schwierig (...). Manchmal steht in der Thüringer Gehörlosenzeitung noch etwas, oder ich schaue ins Gemeindeheft für Gehörlose.“

T5 (#00:51:31-8#): „Es sind oft sehr schwierige Wörter in Texten, die ich nicht verstehe. Im Fernsehen ist es auch schwierig, weil ich oft die Bedeutung nicht verstehe. Die Untertitel sind auch viel zu schnell. Wenn im Fernsehen ein Dolmetscher zu sehen ist, dann versteht man das viel besser. Das ist auch sehr interessant. Aber diese Untertitel sind schwer zu verstehen.“

7.4 Arzt-Patient-Kommunikation

Eine wichtige Kategorie bildet die Arzt-Patient-Kommunikation. Diese Kategorie 4 wird unterteilt in APK ohne Dolmetscher, mit Dolmetscher und Kommunikationsatmosphäre.

7.4.1 Kommunikation ohne Gebärdensprachdolmetscher

Diese Kategorie wird unterteilt in verbale, nonverbale, extraverbale und paraverbale Kommunikation. Zusätzlich gibt es hier auch die Unterkategorie „Einstellung des Arztes“. In der Abbildung 12 werden die Definitionen der Kategorien dargestellt.

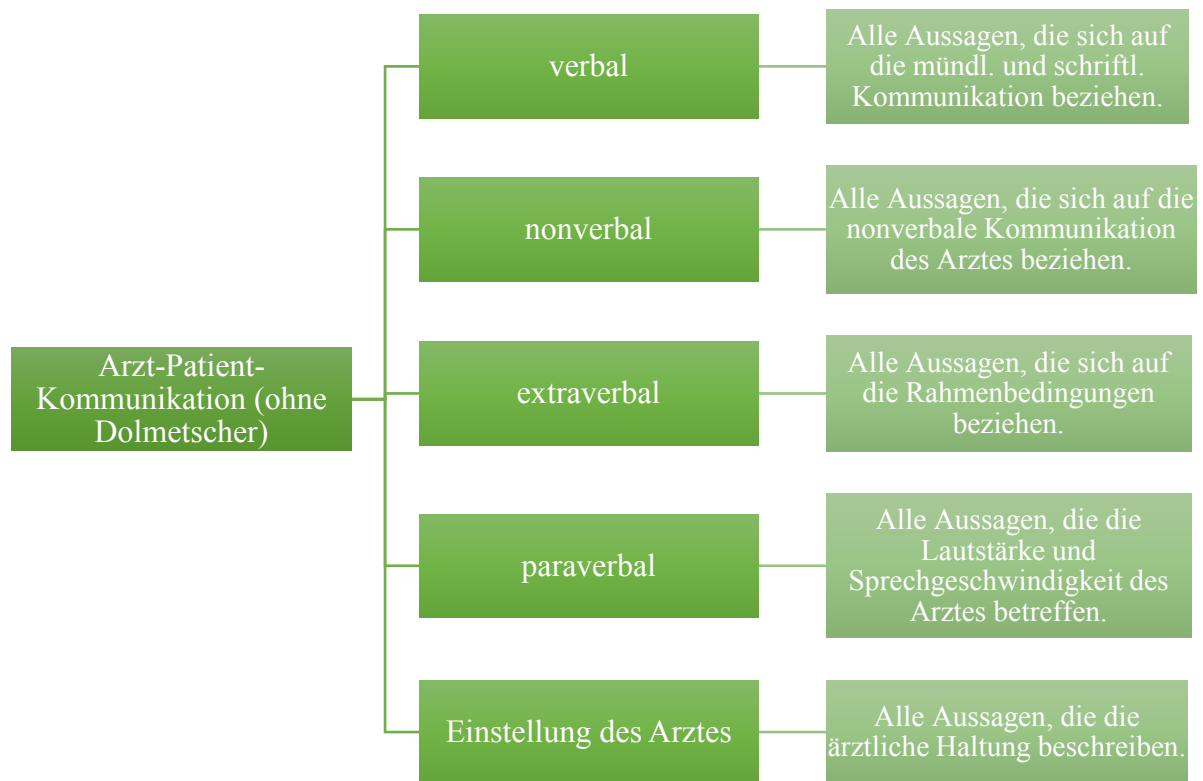


Abbildung 12: Definitionen der Kategorie 4.1 „APK ohne Dolmetscher“

Die Studienteilnehmer wurden gefragt, wie sie mit dem Arzt kommunizieren und wie der Arzt mit ihnen kommuniziert. Dabei wurde zunächst auf die Kommunikation ohne Gebärdensprachdolmetscher Bezug genommen.

7.4.1.1 Verbale Kommunikation

Verbale Kommunikation wird unterteilt in verbal-phonetische und verbal-graphische Kommunikation (Hess 2013). Das Erstgenannte erfolgt meistens durch die Fähigkeit der Gehörlosen, Lippen abzusehen, und den Einsatz ihrer Lautsprache. Dabei ist es wichtig, dass der Arzt ein gutes Mundbild hat, nicht schnell spricht und nicht überartikuliert. Ärzte sprechen dabei meistens in kurzen Sätzen. Viele Hörende vergessen, dass Gehörlose nichts hören, auch wenn sie sprechen können. Viele, vor allem ältere Gehörlose können ihre Lautsprache gut einsetzen, sodass dies zu Missverständnissen führen kann.

T2 (#00:10:02-5#): „Er (Arzt) spricht die ganze Zeit und ich sehe von den Lippen ab. Er spricht allerdings eher in kürzeren Sätzen. Es ist nicht so ausführlich.“

T9 (#00:16:38-1#): „Sie (Ärztin) hat ein gutes Mundbild und ihre Oma war auch gehörlos und sie kennt ein bisschen den Umgang mit Gehörlosen. Von daher weiß sie, dass sie deutlich sprechen muss und tut es dann eben auch für mich. Ich bin ihr sehr dankbar dafür, weil ich sie dadurch gut verstehe.“

T8 (#00:12:47-1#): „Ich spreche auch ganz gut. Von daher ist es auch für Ärzte gut und einfach mich zu verstehen.“

DT6: „Der Arzt denkt, er kann mit Gehörlosen kommunizieren und sie verstehen ihn, was aber nicht der Fall ist.“

Viele Ärzte sprechen mit gehörlosen Patienten nicht nur in kurzen Sätzen, sondern insgesamt auch weniger als mit Hörenden. Es wird sehr viel schriftlich (verbal-graphisch) kommuniziert.

T3 (#00:19:43-8#): „Also er (Arzt) spricht und schreibt auf. Immer im Wechsel.“

T4 (#00:05:46-7#): „Wir (Patient und Arzt) sind dann dazu übergegangen, dass er (Arzt) die Fragen in den Computer getippt hat und ich manchmal mündlich geantwortet habe oder selber die Antworten geschrieben habe. Das war auch nicht so optimal. (...) Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient ist oft auch nicht so richtig klar. (...) Also Gehörlose überschätzen die Kompetenz und denken der Arzt ist ja ein Arzt, er macht das schon.“

Durch das Lippenabsehen wird nicht alles verstanden, was der Arzt sagt. Aus diesem Grund entstehen viele Missverständnisse. Gehörlose empfinden die Kommunikation als unvollständig und schwierig.

T1 (Seite 2): „Aber durch das Aufschreiben gibt es auch sehr viele Missverständnisse, das habe ich auch schon gemerkt. (...) Ich war vor längerer Zeit einmal beim Hausarzt wegen einer Erkältung. Ich habe den Arzt vom Lippenabsehen nicht verstanden. Es ist keine richtige, vollständige Kommunikation mit dem Arzt, wenn man gehörloser Patient ist.“

Ärzte verwenden auch Material zur bildlichen Darstellung, sodass der Inhalt der Arzt-Patient-Kommunikation auch grafisch dargelegt wird. Das erleichtert Gehörlosen das Verstehen des Gesagten.

T8 (#00:12:47-1#): „Dann zeigen sie (Ärzte) mir manchmal ein Bild und zeigen dann an dem Bild was nicht in Ordnung ist.“

Die schriftliche Kommunikation ist zeitaufwendig und mühselig.

T10 (#00:10:13-1#): „Bei mir läuft es so ab, dass ich mir etwas aufschreibe und dann beginnt der Arzt darauf zu antworten. Dann muss ich ihn darauf hinweisen, dass er seine Antwort für

mich bitte aufschreiben soll, damit ich das auch verstehen kann. Dadurch ist auch automatisch ein Ungleichgewicht zwischen uns beiden. Es ist für uns beide dann mühselig. Ich möchte eigentlich auch nicht in dem Moment den Arzt aufklären müssen, dass er mit mir jetzt schreiben muss. Also das ist doppelt mühselig für uns beide letztendlich. Deshalb würde ich sagen, dass es nicht die gleiche Behandlung (im Vergleich zu Hörenden) ist, da viele Ärzte auch nicht das gleiche Hintergrundwissen zum Thema Gehörlosigkeit haben.“

7.4.1.2 Nonverbale Kommunikation

Über Mimik, Gestik und Körperhaltung wird auch viel kommuniziert. So beschreibt eine Gehörlose die Verständigung während der Untersuchung folgendermaßen:

T9 (#00:48:32-6#): „Gerade was Ein- und Ausatmen angeht, das machen Ärzte dann immer vor, das geht ganz gut. Sie geben mir immer ein Zeichen, was ich wie machen soll.“

Wenn Ärzte ihre Mimik und Gestik einsetzen, sind Gehörlose erfreut, da sie dadurch die Situation besser einschätzen können.

7.4.1.3 Extraverbale Kommunikation

In der Unterkategorie „extraverbale Kommunikation“ werden Rahmenbedingungen wie Sitzordnung oder Lichtverhältnisse während der Arzt-Patient-Kommunikation beschrieben. Das Gegenübersitzen von Arzt und Patient ermöglicht dem Patienten einen ungehinderten Blick auf den Mund des Arztes zu erhalten. Somit können Gehörlose besser von den Lippen absehen, die Mimik und Gestik des Arztes besser beurteilen. Arzt und Patient müssen in Blickkontakt sein.

T1 (Seite 3): „Wir (Patient und Arzt) sitzen uns gegenüber.“

T4 (#00:05:46-7#): „Beim Arzt war das ziemlich schwierig, er hat immer in den Computer geschaut (...).“

Sitzt der Arzt vor einem Fenster, wird durch das Licht die Sicht auf sein Gesicht erschwert. Das stellt für Gehörlose ein Problem dar.

T9 (#00:50:03-0#): „Also Ärzte sitzen meistens vor der Wand, sodass sie niemals vor dem Fenster sitzen. Deswegen sehe ich sie auch gut. Also da gibt es kein Lichtproblem. Sie kennen mich eben.“

7.4.1.4 Paraverbale Kommunikation

In der Unterkategorie „paraverbale Kommunikation“ geht es um die Art und Weise des Redens, die Sprechgeschwindigkeit sowie die Lautstärke des Redners.

T5 (#00:09:18-6#): „Er (Hausarzt) spricht langsam und gut.“

Manche Patienten beschwerten sich über das schnelle Sprechen der Ärzte. Es sei dann besonders anstrengend, der Kommunikation zu folgen.

T2 (#00:21:37-8#): „Aber der neue Arzt (...) spricht wahnsinnig schnell.“

T4 (#00:11:46-8# /#00:34:41-0#): „Er (Arzt) hat ein ganz kleines Mundbild und nuschelt. (...) Manche Ärzte (sind) einfach genervt (...) oder gestresst, sprechen sehr schnell.“

T3 (#00:17:50-8#): „(...) ich sage dann dem Arzt, dass er bitte langsam sprechen oder aufschreiben soll und auch ein bisschen die Hände mitbenutzen soll, wenn er etwas erklärt und zeigt.“

Ein weiteres, großes Problem stellt der Mundschutz dar. Bei Zahnärzten haben Gehörlose Schwierigkeiten, da sie weder von den Lippen absehen noch die Mimik und Gestik des Arztes und medizinischen Personals erkennen können.

T6 (#00:21:34-1#): „Beim Zahnarzt haben sie immer den Mundschutz. Wenn sie dann etwas sagen, sehe ich das nicht.“

7.4.1.5 Einstellung der Arztes

Einige der befragten Gehörlosen empfinden die Einstellung und Eigenschaften des Arztes als sehr wichtig. Diese trage erheblich zur erfolgreichen Verständigung bei.

DT9: „Gehörlose machen die Zufriedenheit von der Bemühung des Arztes abhängig. Wenn er sich bemüht, ist er toll, egal ob er ein guter Arzt ist oder nicht.“

T10 (#00:44:17-0#): „Wenn er (Arzt) dann irgendwie ungeduldig ist, dann gehe ich da nicht mehr hin. Auch wenn er fachlich super gut ist, aber sozial (betrachtet) es nicht leisten kann mit mir ordentlich umzugehen, dann gehe ich da auch nicht mehr hin.“

Befragte Gehörlose und Gebärdensprachdolmetscher erklären, dass die Arzt-Patient-Kommunikation mit Gehörlosen für Ärzte nicht nur eine ungewohnte Situation, sondern gleichzeitig auch eine Überforderung sei. Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der Interviews oft angesprochen worden ist, ist die Unwissenheit der Ärzte über den Umgang mit Gehörlosen.

T10 (#00:10:30-1#): „Sie (Ärzte) wissen über die Gehörlosenkultur nicht viel.“

Wenn Ärzte Gehörlose nicht direkt ansprechen, sondern in dritter Person, oder nur mit Vornamen, dann fühlen sich die Patienten oft diskriminiert.

T12 (Seite 2): „(...) oder mich für ungebildet/ geistig behindert halten und mich auch dementsprechend ansprechen (statt Nachname mit Vornamen oder in dritter Person ansprechen).“

DT11 (#00:06:41-0#): „Es gibt ein paar wenige Ärzte, bei denen man merkt, dass sie einen geübten Umgang haben. Sie sprechen zum Beispiel so, dass sie nicht laut schreien, wenn ein Gehörloser kommt. Gibt es nämlich auch. Hörende meinen, er (Gehörlose) hört besser, wenn man sehr laut spricht, was Quatsch ist. Es gibt auch Gehörlose, die gar nicht sprechen. Sie machen alles über Zeigen und verstehen sich wunderbar mit den Gehörlosen. Man merkt es, dass Hörende den Umgang nicht gewohnt sind, beispielsweise reden Hörende immer, während sie Untersuchungen machen und der Gehörlose ihnen den Rücken zudreht. Eigentlich logisch, dass er dann gar nichts mitkriegt, aber das machen sie, weil es ihnen in dem Moment nicht bewusst ist, dass es nichts bringt.“

Ärzte, die Erfahrungen im Umgang mit gehörlosen Patienten haben, schreien sie nicht an, reden langsam und deutlich. Sie kommunizieren sehr viel durch Zeigen.

T11 (#00:37:46-5#): „(Das größte Problem im ambulanten Gesundheitssystem ist), dass Leute keine Information über Gehörlosigkeit oder Gehörlose haben.“

Die Einstellung der Ärzte gegenüber Gebärdensprachdolmetschern beeinflusst ebenfalls die Gesprächsatmosphäre. Es gebe auch Ärzte, die Dolmetscher für nicht nötig halten.

DT9: „Viele Ärzte unterschätzen, was die Kommunikation ausmacht. Ob der Inhalt ankommt oder nicht. Gehörlose nicken oft und Ärzte denken, sie haben es verstanden. Oder das Leistungsvermögen vom Ablesen etc. Sie denken es geht auch ohne Dolmetscher, aber das geht nicht.“

Viele Gehörlose nicken, während der Arzt spricht. Aber nicht unbedingt, weil sie alles verstanden haben, sondern viel mehr, um nicht einen „dummen“ Eindruck zu hinterlassen.

DT2: „Gehörlose werden aufgrund der Gehörlosigkeit generell öfter als weniger intelligent eingeschätzt und ihre besonderen, individuellen Kommunikationsbedürfnisse werden nicht erkannt oder ignoriert.“

Dolmetscher berichten, dass das Empfinden und die Empathie bei vielen Medizinern fehlen.

DT8: „Wenn der Gehörlose seine Lautsprache einsetzt und sagt: “Du mir sagen was Befund“, klingt das für den Arzt wie ein dummer Mensch. Das Kulturverständnis ist bei Medizinern gar nicht da.“

Die Anamnese und somit die Arzt-Patient-Kommunikation ist der wichtigste erste Schritt in einer Behandlung. Da Arzt und gehörloser Patient nicht dieselbe Sprache beherrschen, entstehen Probleme in der Kommunikation. Die befragten Patienten und die bei Arztgesprächen anwesenden Gebärdensprachdolmetscher zählen Probleme auf, die im Folgenden zu lesen sind.

T1 (Seite 4): „Also sie (Ärzte) erklären das (Ergebnis der Untersuchung) eigentlich nicht sehr genau, sondern immer nur sehr kurz. Es ist eine einfache Kommunikation.“

Wenn Ärzte während der Untersuchung Anweisungen geben wie „Luft anhalten“, wird das von gehörlosen Patienten nicht wahrgenommen. So muss vor der Untersuchung der Ablauf der Untersuchung genau erläutert werden.

T2 (#00:08:23-6#): „Es ist ein bisschen unangenehm, wenn der Arzt hinter mir steht und irgendwie die Atmung abhört. Dann sagen die Ärzte manchmal auch etwas, das kriege ich ja nicht mit. Das ist eher unangenehm.“

T11 (#00:19:35-6#): „Wenn Ärzte an einem herumziehen, einfach schon mal den Arm nehmen und dann sagen: ich muss mal Blutdruck messen und während sie das sagen, nicht das vorher zeigen, sondern gleich am Arm ziehen oder wenn sie dir ins Gesicht fassen und dann einfach den Kopf drehen oder so. Also ich will schon lieber erst eine Erklärung haben, was passiert und nicht, dass einfach jemand anfängt an mir herumzufassen oder mich zudrehen oder anzufassen, mich hin und her zuschieben. Es ist sehr unangenehm.“

T3(#00:26:50-1#): „Also ich selber habe eigentlich keine Probleme. Manchmal ist die Kommunikation schwierig. Aber das ist nicht so oft (...).“

T4 (#00:09:21-4#): „Aus meiner Erfahrung gibt es zwei Sachen und zwar schämen sich viele Gehörlose zu sagen, dass sie etwas nicht verstanden haben. Sie nicken nur, obwohl sie es nicht verstanden haben. (...) Der Arzt glaubt aber: "ah ja sie nicken, sie haben es verstanden.““

Manche Gehörlose sind aufgrund ihrer bisherigen schlechten Erfahrungen mit Arztbesuchen verunsichert. Sie haben Angst vor Arztbesuchen wegen der Kommunikationsprobleme.

T5 (#00:47:52-0#): „Aber wenn der Arzt mir zum Beispiel sagen will, wann ich Tabletten einnehmen soll, zum Beispiel vor oder nach dem Essen etc.. Das ist immer sehr schwierig. Da bitte ich immer meinen Sohn (hörend) dort noch einmal anzurufen, weil ich das immer nicht verstehe, was der Arzt meint.“

Gehörlose erzählen über ihre Beobachtungen bei Ärzten. Hörende seien oft länger beim Arzt als sie. Daraus wird geschlussfolgert, dass bei ihnen der Arztbesuch sehr schnell und knapp

verläuft. Sie haben ein Informationsdefizit, da sie nicht alles erfahren. Der Arzt erzähle ihnen auch nicht alles, was er beispielsweise in der Bildgebung sehe.

T6 (#00:25:28-4#): „Hörende sind sehr viel länger beim Arzt und sprechen lange. Bei Gehörlosen ist es immer ganz schnell und ganz kurz alles.“

T7 (#00:10:49-8#): „Alles, was Kommunikation angeht, ist leichter für sie (Hörenden). Gehörlose haben ein Problem damit, Ärzten Sachen zu erklären, Sachen zu verstehen, Ärzte zu überzeugen oder sich auch einmal zu wehren. Daher kann es doch sein, dass sie öfter mal untergehen oder nicht das bekommen, was sie selber gerne hätten.“

T8 (#00:53:38-0#): „(Frage, ob die Kommunikation das größte Problem ist) Also bei verschiedenen Ärzten ja. Besonders bei jungen Ärzten ist es schwierig. Es kommt immer darauf an, ob sie die Gehörlosen oder Schwerhörige schon kennen. Und ich weiß nicht, ob das schon im Studium gelernt oder gelehrt wird (...).“

Viele Gehörlose möchten nicht, dass Ärzte ein falsches Bild von ihnen erhalten. Sie schämen sich nachzufragen und nicken vieles ab. Das erzeugt oft Missverständnisse.

T10 (#00:14:01-0#): „Also ich benutze zwei Strategien für die Kommunikation: erstens, dass ich aufschreibe und zweitens, dass ich einen Dolmetscher bestelle, aber das ist von der Situation abhängig, warum ich zum Arzt gehe.“

T10 (#53:00:00-0#): „Wenn keine Dolmetscherin da ist, habe ich manchmal das Gefühl, dass es stockend ist wie bei einem Fluss, das auch manchmal um einen Stein herum fließen muss, da man schreiben muss. Dann muss der Arzt warten, dann tauschen wir, ich muss warten, da der Arzt schreiben muss. Dadurch ist man quasi bisschen stockend. Aber solange ich und der Arzt bereit dazu sind und offen dafür sind, ist es angenehm.“

Die Frage, ob Gehörlose medizinisch unterversorgt sind, bejahen viele Dolmetscher. Ihre Begründung ist die unvollständige Kommunikation und die somit entstehenden Verständigungsprobleme, die wiederum zu Missverständnissen auf beiden Seiten führen können.

DT2: „(Frage, ob Gehörlose unterversorgt sind) Ja. Gehörlose gehen teilweise ohne Dolmetscher zum Arzt und verstehen dann nicht alle Inhalte oder missverstehen sie teilweise.“

DT7: „Die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte sind nicht befriedigend. Also in Noten ausgedrückt würde ich eine vier geben. Gehörlose werden angebrüllt. Fremdwörter werden nicht verstanden.“

DT8: „Ich denke schon, dass gehörlose Menschen medizinisch unterversorgt sind, weil manche nicht oder selten zum Arzt gehen, da sie der Arzt sowieso nicht versteht. Oder fehlversorgt, aufgrund der Kommunikation. Behinderung bezieht sich auf die Kommunikationsprobleme.“

Gebärdensprachdolmetscher berichten, dass nach ihren Erfahrungen Gehörlose nicht adäquat versorgt werden. Der Grund dafür sei die Unwissenheit der Ärzte über den Umgang mit gehörlosen Patienten und die mangelnde Erfahrung über die Arzt-Patient-Kommunikation mit Gebärdensprachdolmetschern.

DT10 (Seite 2): „Gehörlose werden nicht adäquat versorgt. Ich glaube es ist schwierig in vielen Fällen, wenn kein Dolmetscher zum Einsatz kommt und der Arzt nicht gebärdensprachkompetent ist, fehlt ein wesentliches Element. Gerade in der Arzt-Patient-Kommunikation, sodass vielleicht der Arzt nicht alle Informationen erhält, die auch wichtig wären, um Diagnosen zu stellen, Medikamente zu verschreiben. Deswegen glaub ich das. Vielleicht auch, dass der Gehörlose übertersorgt wäre, dass der Gehörlose nur ein Wort sagen muss, zum Beispiel Burnout, dann gibt es gleich eine Diagnose und vielleicht sollte man tiefer gehen und näher anschauen, das ist dann aber auch schwierig, weil beide nicht die gleiche Sprache sprechen.“

DT11 (#00:06:41-0#): „Es sind sehr viele Ärzte, gerade Hausärzte, die schon lange ihre gehörlosen Patienten haben. Ärzte und Schwestern behaupten immer, es funktioniere alles wunderbar. (...) Das Problem liegt aber nicht darin, dass Hörende das nicht verstehen, sondern darin, dass Gehörlose es nicht verstehen, wenn Hörenden etwas sagen. Sie denken: „Das habe ich dreimal gesagt und dreimal aufgeschrieben, er muss es verstanden haben“ und „der Gehörlose hat auch gelächelt und genickt, deshalb hat er das verstanden.“ Aber so ist es nicht. Auch Gehörlose sind so, sie wollen wenig auffallen. Deshalb versuchen sie sich der Masse anzupassen oder ihrem Gegenüber anzupassen und sagen am Ende „ja“ und unterschreiben auch ganz viel ohne zu wissen, was es ist, was es bedeutet.“

Andere wiederum halten die medizinische Versorgung Gehörloser genauso gut wie die für Hörende.

DT9: „Ich denke nicht, dass gehörlose Menschen medizinisch unterversorgt sind. Aus ärztlicher Sicht betrachtet sind Gehörlose unterversorgt. Aber meiner Meinung nach ist die Versorgung (...) gut, aber sie wissen nicht warum, weshalb, wieso. Ein Patient wusste nicht, was er hat, außer dass er Bauchschmerzen hat. Irgendwie wurde er versorgt, aber er wusste nicht weshalb, hat es sich dann selbst zusammengereimt.“

Gebärdensprachdolmetscher halten die Arzt-Patient-Kommunikation ohne Dolmetscher für lückenhaft. Sie berichten über Rückmeldungen von Gehörlosen über Gesprächssituationen ohne Dolmetscher folgendermaßen:

DT8: „Es bleibt immer ein Sprach- und Verständnisdefizit, auch wenn Ärzte langsam und deutlich sprechen. Es entstehen Behandlungsschwierigkeiten. Wenn man es streng nimmt, sind die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte schlecht, da sie keine Gebärdensprache können.“

Viele Gehörlose empfinden die Arztbesuche ohne Dolmetscher nicht gut.

T4 (#00:23:10-6#): „Die (APK ohne Dolmetscher) ist nicht gut, sie ist nicht optimal. Sie ist nicht zufriedenstellend. Ich empfinde dabei auch eine gewisse Unsicherheit. Ich glaube auch, dass der Arzt sich unsicher fühlt.“

7.4.2 Kommunikation mit Gebärdensprachdolmetscher

Gehörlose wurden in den Interviews über Gebärdensprachdolmetscher und ihren Einsatz befragt. In den Interviews wurde gefragt, ob Gehörlose auf Dolmetscher zurückgreifen, welche Besonderheiten sich in der Arzt-Patient-Kommunikation mit Dolmetscher ergeben, ob hörende Verwandte als Dolmetscher eingesetzt werden, zu welchen Ärzten Gehörlose Dolmetscher mitnehmen und zu welchen nicht. Diese und weitere Fragen wurden in den Interviews gestellt. Gebärdensprachdolmetscher wurden zusätzlich nach Missverständnissen gefragt, die bei Arztbesuchen mit Gehörlosen auftreten. Es wurden vier Unterkategorien zum Thema „Gebärdensprachdolmetscher“ erstellt, die in Abbildung 13 mit ihren Definitionen zu sehen sind.

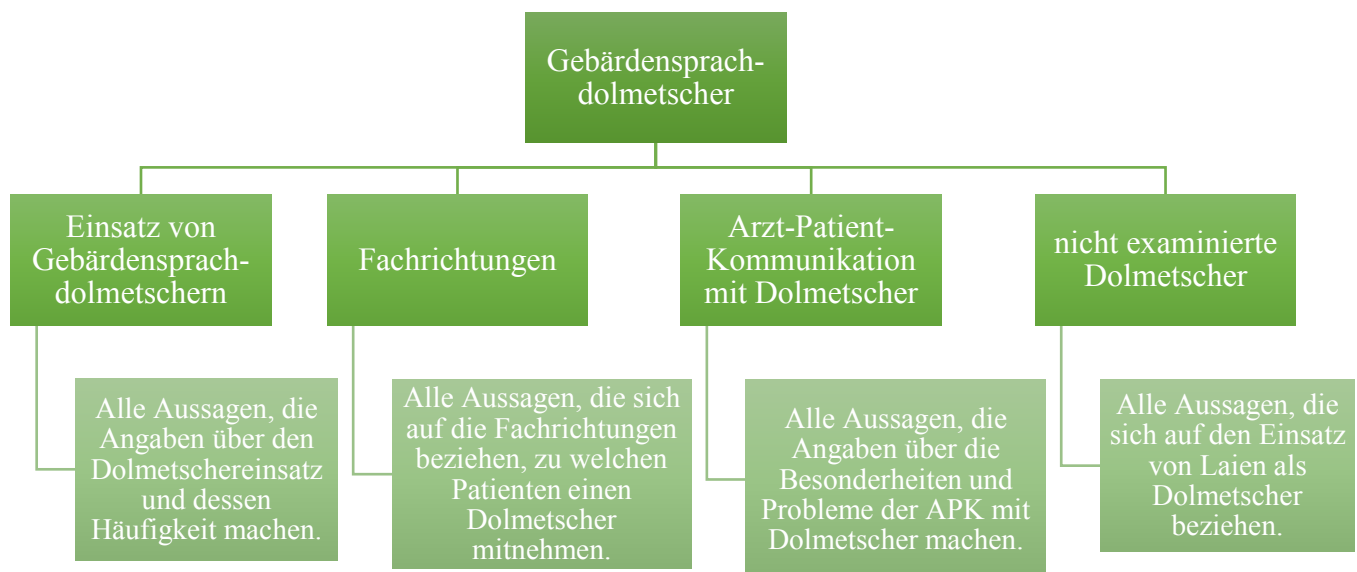


Abbildung 13: Definitionen der Kategorie 4.2 : „Gebärdensprachdolmetscher“

7.4.2.1 Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern

In Deutschland ist der Anspruch auf einen Gebärdensprachdolmetscher bei Behörden, Polizei, Gericht etc. mit dem Inkrafttreten des Behindertengleichstellungsgesetzes im Jahr 2002 gesetzlich geregelt (Ehrhardt 2010). Im ambulanten Gesundheitsbereich werden die Kosten dafür von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen (§ 17 Absatz 2 SGB I) (Höcker et al. 2012). Auf die Frage, ob Gebärdensprachdolmetscher bestellt werden, antworteten Gehörlose folgendermaßen:

T1 (Seite 5): „Ja, tue ich. Das ist auch wichtig. Gerade wenn die Inhalte ein bisschen schwieriger sind oder wenn es um ein paar heikle Themen geht, dann nehme ich auf jeden Fall einen Dolmetscher mit.“

Manche Gehörlose nehmen vor allem dann einen Gebärdensprachdolmetscher mit, wenn der Arzt ihnen fremd ist, die Krankheit neu oder schlimm ist.

T1 (#00:36:40-7#): „Mir ist es wichtig, dass ich dann, wenn ich eine Krankheit habe, die ich nicht kenne oder die mir neu ist, eine Dolmetscherin mitbringe.“

Bei bekannten und vertrauten Ärzten wird oft kein Dolmetscher bestellt.

T4 (#00:16:12-2#): „Viele Gehörlose haben immer denselben Arzt und gehen seit vielen Jahren zu ihm und vertrauen ihm. Sie benutzen dann auch kaum Dolmetscher.“

Es gibt auch Gehörlose, die nie einen Dolmetscher bestellen.

T10 (Seite 4): „Es ist mir angenehmer, direkt mit dem Arzt kommunizieren zu können ohne eine dritte Person. Deshalb habe ich ganz lange schriftlich mit dem Arzt kommuniziert.“

Dennoch werden nach den Einschätzungen der Gehörlosen öfter Dolmetscher bestellt.

T7 (#00:20:32-0#): „Wenn ich zu einem neuen Arzt gehe, dann schaue ich, dass ich möglichst immer einen Dolmetscher mitnehme, sodass ich mich auch vorstellen kann und sagen kann: ich bin gehörlos. Auch der Arzt muss Erfahrung mit dieser neuen Situation und auch mit mir machen. Es ist dann sicherer, wenn ein Dolmetscher mitkommt.“

Meistens werden bevorzugt dieselben Dolmetscher gebeten, zum Arzt mitzukommen. Während den Untersuchungen warten Gebärdensprachdolmetscher draußen und werden nach der Untersuchung in das Arztzimmer gebeten.

T11 (#00:17:09-3#): „Beim Frauenarzt ist es natürlich ein bisschen unangenehm, wenn ein Dolmetscher dabei ist und man auf dem Untersuchungsstuhl sitzt. Dann würde ich den Dolmetscher rausschicken. Selbst bei der Geburt würde ich einen Dolmetscher mitnehmen, weil da sicherlich auch irgendetwas gesagt wird, was übersetzt werden müsste.“

T4 (#00:11:14-0#): „Ich möchte das nicht so gern, wenn weibliche Dolmetscher (beim Urologen) dabei sind.“

Eine sichere Kommunikation erfolgt meist nur in Anwesenheit eines Gebärdensprachdolmetschers.

T9 (#00:41:49-4#): „Für mich ist Kommunikation sehr wichtig. Ich will auch immer alles verstehen, deswegen nehme ich dann, wenn es wichtig ist, auch einen Dolmetscher mit.“

Auf die Frage, bei welchen Fachärzten Gebärdensprachdolmetscher oft übersetzen, wurden folgende aufgezählt:

DT3: „Hausärzte, HNO, Frauenärzte, Urologe, Neurologe, Zahnärzte, Kardiologen, Augenärzte, Orthopäden.“

T9 (#00:39:27-3#): „Also beim Zahnarzt möchte ich gerne einen Dolmetscher dabei haben. Als ich zum ersten Mal einen Dolmetscher mitgebracht habe, war der Zahnarzt total überrascht, weil ich ihm dann erzählen konnte, dass ich verheiratet bin und ein Kind habe. Er hat immer gedacht, ich sei ledig. Also solche Sachen kommen dann raus.“

7.4.2.2 Besonderheiten in der Kommunikation mit Gebärdensprachdolmetscher

Die Arzt-Patient-Kommunikation mit Gebärdensprachdolmetscher ist eine untypische Situation für Ärzte. Besonderheiten und Probleme, sowie Missverständnisse solcher Gesprächskonstellationen werden im Folgenden beschrieben.

T7 (#00:14:12-1#): „Also es ist immer eine sehr offene Situation, wenn ich den Dolmetscher mitnehme. Es ist immer respektvoll und der Dolmetscher sagt mir alles, was der Arzt sagt.“

T10 (#00:28:38-0#): „Aber es gibt auch Ärzte, die dann mehr über die Dolmetscherin mit mir kommunizieren. Zum Beispiel in der dritten Person über mich reden und sagen: „Sagen Sie ihr mal“ etc. Dann muss ich sagen: „Ich bin die Patientin, reden Sie doch bitte direkt mit mir.““

T10 (#00:28:38-0#): „Es ist nicht so, dass die Dolmetscherin meine Begleiterin oder meine Betreuerin ist, sondern eben eine Dolmetscherin.“

Die Gesprächssituation mit Dolmetscher ist eine Erleichterung für Gehörlose. So beschreiben sie dies folgendermaßen:

T10 (#01:00:40#): „Dann sitzen wir zu dritt plötzlich in diesem Raum und ich kann direkt mitbekommen, was der Arzt sagt. Wenn der Arzt sich während der Behandlung um mich herum bewegt, dann muss die Dolmetscherin natürlich immer mitgehen, damit ich sie sehen kann. Das ist natürlich bisschen kompliziert, aber ich nehme das mit Humor und die Dolmetscherin auch.“

Während der Untersuchung warten Dolmetscher in der Regel vor dem Untersuchungszimmer. Dies ist sowohl für gehörlose Patienten als auch für Gebärdensprachdolmetscher angenehmer. Jedoch wird vor der Untersuchung der Ablauf der Untersuchung erklärt, sodass der Patient genau weiß, was auf ihn zukommt.

T10 (#01:02:50-0#): „Vorher klären wir, was im Untersuchungsraum passieren wird und welche Zeichen der Arzt kennen muss, damit ich ihm das Signal geben kann, z.B. wenn es wehtut. Dann geht es in den Untersuchungsraum ohne Dolmetscher.“

Nach der Untersuchung wird der Dolmetscher in das Arztzimmer geholt, die Ergebnisse werden besprochen und simultan vom Dolmetscher gedolmetscht.

T10 (#01:09:23-0#): „Das Problem ist manchmal, dass Ärzte das nicht berücksichtigen und durchgehend sprechen. Und dann wird das anstrengend, weil Dolmetscher das Gespräch immer mehr steuern müssen oder ich muss es dann steuern und sagen: Stopp, Moment mal, ich brauche erst die Übersetzung. Ärzte übergehen das aber oft oder nehmen darauf keine Rücksicht.“

Die Frage, was die Besonderheiten einer Arzt-Patient-Kommunikation mit Gebärdensprachdolmetscher sind, beantworteten die Studienteilnehmer wie folgt:

DT3: „Irritationen in Bezug auf den Blickkontakt.“

Unerfahrene Ärzte sind irritiert darüber, wen sie anschauen sollen. Meistens wird der Dolmetscher angeschaut, da er redet. Jedoch ist der Gehörlose der Patient und somit der Ansprechpartner des Arztes.

DT2: „(Besonderheit in der APK mit Dolmetscher ist das) zeitverzögerte Antworten der Gehörlosen auf Fragen des Arztes durch die Verdolmetschung. Es ist daher besser immer nur eine Frage und Antwort abzuwarten bevor eine nächste Frage gestellt wird.“

Gehörlose fühlen sich sicherer, wenn beim Arztbesuch ein Dolmetscher anwesend ist.

T12 (Seite 2): „Auf jeden Fall besser. Manchmal auch mühsam, weil Ärzte keine Aufklärung zu Dolmetschern haben.“

Es gibt sehr viele Probleme, die die Kommunikation erschweren. Da Gebärdensprachdolmetscher meistens in der Ich-Form dolmetschen, kann das zu Missverständnissen führen, vor allem, wenn diese Situation für den Arzt neu und somit fremd ist.

DT11 (#00:38:50-9#): „Nicht den Dolmetscher angucken oder ansprechen, sondern den Gehörlosen. Der Gehörlose ist der Patient und man spricht die Patienten direkt an. Also "Herr Müller, was haben Sie?" und der Dolmetscher antwortet dann in der Ich-Form. Der Dolmetscher, auch wenn er eine Frau ist, sagt dann "Ich habe Schmerzen im Bein", natürlich (hat) nicht die Dolmetscherin (Schmerzen), sondern der Gehörlose. Das müssen Ärzte wissen. (...) Hörende, ganz allgemein, sind irritiert, wenn ich als Dolmetscherin sage: „Mir tut mein Bein weh.“ Dann gucken sie mich an und fragen, ob mein Bein weh tut.“

Durch die drei Personen, die am Gespräch beteiligt sind, können Missverständnisse entstehen.

DT4: „Also ich sage immer den Ärzten, dass ich mich neben sie setze, damit der Gehörlose sie direkt anschauen kann. Damit haben die meisten eigentlich kein Problem.“

Der Patient schaut meistens den Dolmetscher an, um seine Gebärden zu verfolgen. Während des Gesprächs hat er somit vor allem nur mit dem Dolmetscher Blickkontakt. Das ist ein weiterer Aspekt, den Ärzte nicht kennen und missverstehen können. Manche Ärzte neigen daraufhin dazu, mit dem Dolmetscher zu kommunizieren. Ohne Dolmetscher fühlen sich gehörlose Patienten unwohl und unsicher. Das Arztgespräch finden sie nicht gut.

DT2: „Gehörlose fühlen sich oft ohnmächtig gegenüber den "Göttern in Weiß" und trauen sich nicht nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben, das unklar ist.“

Viele Missverständnisse tauchen auch erst dann auf, wenn der Patient zum ersten Mal einen Dolmetscher zum Arzt mitnimmt.

DT2: „Der Arzt denkt, dass Gehörlose ihn bisher ohne Dolmetscher vollständig verstanden haben.“

DT3: „Häufig sind Ärzte mangelhaft (auf den Umgang mit Gehörlosen) vorbereitet. Selten sind sie gut vorbereitet.“

Gebärdensprachdolmetscher finden die Darstellung der Inhalte des Arztbesuchs selten an die Bedürfnisse Gehörloser angepasst.

DT3: „Die Darstellung der Inhalte ist selten angepasst. (...) Wenn doch, dann durch bildhafte Erklärungen (...).“

DT4: „Also es gibt Ärzte, erlebe ich oft, für die es kein Problem ist (...) Aber es gibt auch Ärzte, die ein bisschen schockiert sind, wie sie sich beispielsweise verhalten sollen und immer zu mir sprechen: „Sagen sie doch dem Patienten (...),“ was eigentlich nicht der Sinn ist. Das Ziel ist

eigentlich eine direkte Kommunikation mit dem Gehörlosen. Das verstehen viele nicht. Da muss ich auch ganz viel Aufklärungsarbeit leisten.“

Gebärdensprachdolmetscher kritisierten auch die Einstellung von manchen Gehörlosen, sie als Betreuer zu sehen.

DT2: „Gehörloser erzählt dem Dolmetscher im Wartezimmer seine "Leidensgeschichte" und erwartet, dass der Dolmetscher es dann dem Arzt weitergibt ohne, dass der Gehörlose es nochmal dem Arzt schildert.“

In den Interviews wurde auch nach der Notwendigkeit der Gebärdensprachkompetenz von Ärzten gefragt. Es gab unterschiedliche Meinungen dazu.

DT3: „Falls kein Dolmetscher vorhanden ist, also in Notfallsituationen ist die Gebärdensprachkompetenz von Ärzten sehr wichtig.“

DT4: „Ich finde das sehr wichtig. Ich denke, wenn ein Arzt wenigstens ein bisschen gebärden könnte, dann wäre die Vertrauensbasis vom Gehörlosen und Arzt viel besser.“

Wichtiger als die Gebärdensprachkompetenz ist den Befragten das kulturelle Hintergrundwissen.

DT10 (Seite 8): „Nicht unbedingt notwendig, wenn Dolmetscher dabei sind. Dann ist es eher wichtiger, dass die kulturellen Unterschiede gekannt werden, zum Beispiel, wie es ist in einer gehörlosen Familie als hörendes Kind aufgewachsen zu sein. Was bedeutet das für die Psyche, für die Sprachentwicklung.“

DT10 (Seite 7): „Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass der Arzt auch versteht, dass es nicht nur eine andere Sprache ist, sondern, dass auch ganz viele andere Sachen betroffen sind, die auch anders sind als bei Hörenden. Man kann den Hörenden nicht neben den gehörlosen Patienten stellen und sagen, dass alles genau gleich ist, bis auf die Gehörlosigkeit. Sondern, dass man diese kulturellen Verschiedenheiten und dass sie (Gehörlosen) eine sehr starke Gemeinschaft sind, in der APK berücksichtigen muss.“

Die Kommunikation sei nicht an die Bedürfnisse Gehörloser angepasst. Der Grund dafür sei viel mehr das mangelnde Wissen über die Gehörlosenkultur und den gehörlosen Patienten. Auf die Frage, ob das Gespräch an die Bedürfnisse der Gehörlosen angepasst sei, antwortete ein Dolmetscher wie folgt:

DT10 (Seite 7): „(...) auch dass der Gehörlose vom Dolmetscher eine Beraterfunktion erwartet. Das sind Besonderheiten.“

Kritisiert wurde auch die Einstellung mancher Ärzte gegenüber Cochlea-Implantaten. Viele wollen die Gehörlosigkeit therapieren, obwohl das von den Patienten nicht gewünscht sei.

DT11 (#00:08:27-5#): „Ich glaube, die meisten Ärzte denken, dass (...) der Gehörlose krank ist, weil er taub ist.“

DT11 (#00:08:27-5#): „Egal weswegen der Gehörlose zum HNO-Arzt geht, wird er gefragt, ob er ein CI haben möchte. Und das finde ich ganz furchtbar und das finden Gehörlose noch schlimmer, dass sie immer wegen ihrer Gehörlosigkeit gefragt werden, obwohl sie gar nicht, deswegen dort sind.“

Das Verhalten der Ärzte sei ganz unterschiedlich. Während manche die Kommunikation mit dem gehörlosen Patienten als unsicher empfinden, gibt es auch andere, die ihre Kommunikationsart nicht anpassen.

DT7: „(Ärzte sind gegenüber gehörlosen Patienten) verunsichert und überfordert.“

DT10 (Seite 4): „(...) sie (Ärzte) fahren ihr Programm durch, also für mein Gefühl spielt es keine große Rolle, dass der Patient gehörlos ist. Und (es) wird da auch wenig Rücksicht genommen, meiner Meinung nach.“

7.4.2.3 Nicht examinierte Dolmetscher

Manchmal werden auch nicht examinierte Dolmetscher eingesetzt. Das sind meistens hörende Verwandte oder Bekannte gehörloser Patienten. Dies wird von Gebärdensprachdolmetschern kritisiert, auch viele Gehörlose halten das nicht für richtig.

T3 (#00:14:03-5#): „Wenn ich zum Beispiel jemanden, wie den Nachbarn, mitnehmen würde, dann sagt er: "ach ist nicht so wichtig, brauche ich dir nicht sagen“ oder „ach ist nicht so schlimm, brauchst du nicht zu wissen.““

Manche Gehörlose finden die Wartezeit auf einen Dolmetscher sehr lang und ziehen daher hörende Verwandte als Dolmetscher vor. Andere lehnen das jedoch strikt ab.

T5 (#00:27:52-8#): „Der Dolmetscher ist viel besser. Er ist viel genauer. Mein Sohn (hörend), glaube ich, lässt die Hälfte weg und sagt nur ganz kurz, was gesagt wurde.“

T7(#00:40:27-2#): „Das war zur DDR Zeit, da gab es keine Gebärdensprachdolmetscher.“

7.4.3 Kommunikationsatmosphäre

Gehörlose und Gebärdensprachdolmetscher wurden gefragt, wie sie die Atmosphäre am Empfang einer Arztpraxis, im Wartezimmer, während der Anamnese, der Untersuchung und bei der Besprechung der Ergebnisse und Therapieempfehlung empfinden. Mit diesen und weiteren Fragen wurden die Studienteilnehmer konfrontiert. In der Abbildung 14 sind die Kategorie und Unterkategorien zu sehen.

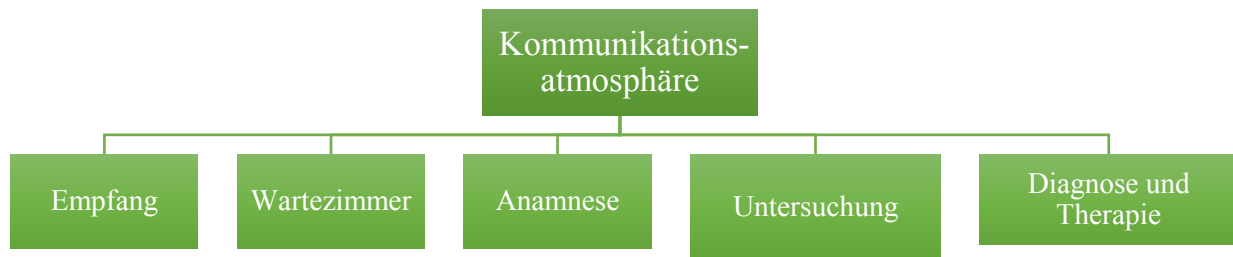


Abbildung 14: Übersicht der Kategorie 4.3: „Kommunikationsatmosphäre“

Am Empfang finden die meisten Gehörlosen und Dolmetscher den Ablauf und die Atmosphäre gut. Einige Studienteilnehmer beschreiben jedoch die Atmosphäre als unangenehm.

T1 (Seite 3): „Also bis jetzt klappt es beim Hausarzt gut. Ich schreibe auch bei der Anmeldung immer, was ich habe, z.B.: Grippe, Fieber etc. und dann setze ich mich ins Wartezimmer.“

Bei neuen Ärzten geben Gehörlose oft gleich den Hinweis, dass sie nichts hören und somit auch nicht den Aufruf vom Lautsprecher im Wartezimmer wahrnehmen können.

T9 (#00:42:57-1#): „Wenn ich zu einem neuen Arzt gehe, dann gebe ich auch gleich den Hinweis, dass sie mich holen oder mir Bescheid geben müssen, ich höre ja nichts. Ich gucke dann auch immer, wenn mal jemand ins Zimmer kommt, was er dann sagt. Aber es ist schon recht anstrengend.“

Wenn kein Dolmetscher anwesend ist, wird über Mimik und Gestik oder schriftlich kommuniziert. Ältere Gehörlose setzen auch oft ihre Lautsprache ein. Jüngere dagegen nicht gerne.

T10 (#00:50:35-0#): „Wenn sie mich nicht verstehen, dann gebärde ich mit ihnen trotzdem, weil ich das Gefühl habe, dass ich mit ihnen dann auf einer Augenhöhe bin. Dann gebe ich ihnen meine Versichertenkarte, dass sie begreifen können, dass ich einen Termin habe und das klappt eigentlich ganz gut.“

Während für manche die Atmosphäre am Empfang entspannt ist, ist sie für andere wiederum angespannt und unangenehm.

DT11 (Seite 4): „Also es ist jetzt nicht dramatisch schlimm. Im Prinzip ist von der Seite der Hörenden aus alles ok. Sie (Arzthelfer) machen das wie bei jedem hörenden Patienten. Das einzige ist, dass sie meistens mich ansprechen, was eigentlich nicht richtig ist.“

Die Zeit im Wartezimmer ist für einige Gehörlose nicht entspannt, da sie Angst haben vergessen zu werden oder versehentlich aufgerufen zu werden und das nicht mitbekommen.

T11 (#00:13:37-5#): „Ich sage zwar vorher immer, dass ich gehörlos bin, aber es ist schon passiert, dass ich in eine Arztpraxis kam und (...) sie haben mich vergessen oder sie hatten mich aufgerufen, ich bin dann aber logischerweise nicht hingegangen, weil ich es nicht mitbekommen habe. Also es ist schon vorgekommen.“

Für andere ist sie wiederum entspannt, wenn sie das medizinische Personal kennen und ihnen vertrauen.

T1 (Seite 3): „Viele Arzthelfer rufen dann die Patienten auf. Ich bin ja gehörlos und würde das gar nicht mitkriegen und deshalb kommen sie immer ins Wartezimmer und holen mich dort ab. Das klappt gut.“

T4 (#00:32:50-0#): „(...) Die Atmosphäre ist angespannt. (...) vielleicht haben die Schwestern das vergessen, dass man gehörlos ist und kommen dann nicht einen abholen. So sitzt man lange.“

Wenn Ärzte wissen, dass als nächstes ein gehörloser Patient an der Reihe ist, dann holen sie auch den Patienten persönlich vom Wartezimmer ab, darüber sind Gehörlose dankbar.

T9 (#00:19:53-0#): „Also die Ärztin kommt dann auch selber ins Wartezimmer, um mich zu holen und ich erkenne es an ihrem Mundbild schon, dass sie mich meint.“

Auf die Frage, wie sie sich im Wartezimmer fühlen, antwortet ein gehörloser Patient folgendermaßen:

T10 (#00:52:30-0#): „Meistens fühle ich mich da schon recht isoliert. Eine Interaktion ist da eigentlich nicht.“

Wenn ein Dolmetscher anwesend ist, ist die Atmosphäre im Wartezimmer für Gehörlose viel angenehmer und entspannter.

T10(#00:53:25-0#): „Aber allgemein kann ich sagen, es ist schon angenehmer im Wartezimmer zu sitzen, wenn eine Dolmetscherin dabei ist.“

Für Dolmetscher ist die Atmosphäre unterschiedlich. Während sie für manche anstrengend ist, ist sie für andere gut. Die Atmosphäre während der Anamnese ist vom Arzt, Patienten und Dolmetscher abhängig.

T10 (#00:48:00-0#): „Also es hängt sehr von dem Dolmetscher, Arzt und natürlich auch von mir ab. (...) Oder wie der Dolmetscher damit umgeht, wie er das Gespräch steuert, ob er überfordert ist, ob er sich falsch verhält. Das hat natürlich auch einen Einfluss auf die Kommunikation zwischen mir und dem Arzt.“

Wenn die Kommunikation funktioniert, ist die Atmosphäre während der Anamnese auch ohne Dolmetscher für den Gehörlosen angenehm.

T3 (#00:16:47-9#): „Ja, das ist ganz angenehm. Und wenn ich etwas nicht verstanden habe, dann liegt dort immer schon ein Zettel, sodass wir es aufschreiben können, das geht eigentlich gut.“

Viele Gehörlose sind mit dem ambulanten Gesundheitssystem zufrieden, wenn das Team bestehend aus Arzt, Patient und Dolmetscher gut eingespielt ist. Den Ablauf der Anamnese beschreibt ein Gehörloser wie folgt:

T9 (#00:35:08-9#): „Naja, ich gebärde, der Dolmetscher übersetzt, es ist normal und dann übersetzt er wieder zurück. Wenn es zum Beispiel ein schwieriges Wort gibt, das der Arzt sagt, dann formt der Dolmetscher das für mich manchmal auch in einen leichteren Begriff um.“

Mit Dolmetscher finden Gehörlose die Atmosphäre angenehmer. Gründe dafür sind folgende:

T12 (Seite 4): „Mit Dolmetscher sehr angenehm. Ich werde da selten unterbrochen. Man respektiert es, wenn ich meine Beschwerden detailliert beschreibe.“

DT8: „Bei einem neuen Arzt ist die Atmosphäre nicht befriedigend. (...) Das Setting muss geklärt werden. Der Dolmetscher muss neben dem Arzt sitzen. Der Gehörlose schaut mich an. Hörende sind verunsichert mit jemandem zu sprechen, der sie nicht anschaut. Der Arzt redet mit mir und nicht mit dem Gehörlosen. Ich dringe in den heiligen Bereich des Arztes ein, indem ich mich neben ihn setze.“

Ohne Dolmetscher ist die Situation unangenehm und angespannt für die Patienten.

T12 (Seite 3): „Oft bin ich trotz Dolmetscher nervös und gespannt, ob denn alles reibungslos verläuft und keine Situationen entstehen, in der ich diskriminiert werde. Ohne Dolmetscher ist es natürlich ein Vielfaches unangenehmer.“

Für Dolmetscher ist die Atmosphäre während der Anamnese unterschiedlich gut.

DT8: „Das ist sehr patienten- und arztabhängig. Manchmal muss alles nochmal erklärt werden. Es gibt Nachfragen oder ich als Dolmetscher muss nachfragen, wie ich das übersetzen kann, wenn ich keine Gebärde dazu habe.“

DT10 (Seite 4): „Die Atmosphäre bei der Anamnese finde ich schwierig, weil es manchmal dazu kommt, dass der Gehörlose nicht mehr das erzählt, was er mir vorher im Wartezimmer erzählt hat. (...) Ich muss jetzt immer entscheiden, mach ich jetzt die Transferleistung von der Fachsprache oder gebe ich das gleich an den Arzt zurück: Hallo das verstehe ich nicht, können sie es bitte noch mal anders sagen.“

DT11 (Seite 5): „Manche Ärzte haben es nicht begriffen, dass ich nur übersetze und nicht selber antworte. D.h. sie stellen eine Frage und erwarten sofort eine Antwort. Beachten aber nicht, dass ich sie erst übersetzen muss (...). Das ist dann manchmal sehr unangenehm.“

Wenn der Dolmetscher bei der Untersuchung dabei ist, können auch Schwierigkeiten beim Dolmetschen entstehen, da der Arzt oft den Blickkontakt des Patienten zum Dolmetscher nicht berücksichtigt.

DT1: „Der Arzt behandelt den Gehörlosen, der kann nicht schauen, weil er mit dem Kopf nach unten schauen soll. Dann gibt er Anweisungen, die nicht gedolmetscht werden können.“

Die Besprechung der Ergebnisse, der Diagnose und der Therapie läuft ähnlich ab wie die Anamnese. Wenn der Patient alleine ist, wird meist aufgeschrieben.

T10 (#01:20:00-0#): „Das ist eigentlich dasselbe, wenn Bereitschaft zum Schreiben zwischen mir und dem Arzt da ist, dann ist es in Ordnung. Es hängt eigentlich immer von mir und dem Arzt ab.“

Angenehmer ist es jedoch mit Dolmetscher, da sich die Patienten dadurch in der Kommunikation sicherer fühlen.

T9 (#00:35:49-2#): „Ich fühle mich sicherer und angenehmer ist es auch. Also gerade, wenn es um meine Blutwerte geht. Da will ich immer einen Dolmetscher haben, das ist mir wichtig.“

7.5 Gehörlosenwelt

Die Unterkategorien „Gebärdensprache“, „Lautsprache“ und „Gehörlosenkultur“ wurden zur Kategorie 5 „Gehörlosenwelt“ zusammengefasst. Gehörlose haben nicht nur ihre eigene Sprache, sondern auch eine eigene Kultur. Viele Gehörlose in Thüringen gehören der älteren Generation an und beherrschen im Vergleich zu jüngeren Gehörlosen die Lautsprache gut.

T2 (#00:28:47-9#): „Ja. Ich habe sie mühsam gelernt. (...) In der Schule gab es viel Druck, was das Lernen der Lautsprache anging. Ich bin heute dankbar dafür, dass ich das gut kann.“

T8 (#00:13:21-6#): „Ich war von der ersten bis zur zehnten Klasse in der Gehörlosenschule in Erfurt. Die Schule war sehr stark oral ausgerichtet, also Gebärden wurden dort gar nicht benutzt, durfte man auch nicht.“

In den Gehörlosenschulen gab es keine gehörlosen, sondern hörende Lehrer.

T8 (#00:15:22-5#): „Heute ist es schon anders. Ich habe beobachtet, dass Kinder schlechter sprechen. Sie gebärden mehr und nutzen mehr die Hände. Sie müssten eigentlich viel deutlicher sprechen, das machen sie nicht. Die Kinder heute, habe ich den Eindruck, haben kein Gefühl für das Sprechen. Also ich höre nichts. Ich fühle nur meine Stimme und ich fühle nur die Schwingungen meiner Stimme. (...) Ich habe das Sprechen viel gelernt, durch das Theaterspielen, Texte auswendig lernen. Wir hatten das damals in der Schule so gemacht, dass die Lehrerin mit dem Rücken zu mir saß, ich gesprochen habe und sie mir immer gesagt hat, das habe ich jetzt nicht verstanden, meinst du "S" oder wird es anders gesprochen, was hast du gemeint. So wurde es immer korrigiert. Und so habe ich das gelernt.“

Seit 2002 ist die Gebärdensprache eine anerkannte Sprache. Deutsch ist nicht die Muttersprache von Gehörlosen. Die Schriftsprache ist für Gehörlose wie eine Fremdsprache für Hörende.

T10 (#01:09:34-0#): „Deutsch ist meine Zweitsprache.“

DT11 (#00:48:54-2#): „Ärzte müssen wissen, dass Gehörlose große Schwierigkeiten mit dem Deutsch haben. Sie können Deutsch schlecht lesen, schlecht verstehen, weil sie es selber in der Schule sehr schlecht gelernt haben. Viele Begrifflichkeiten, die hörenden Patienten eher ein Begriff sind wie "Blutverdünner", sind den Gehörlosen aber nicht geläufig.“

In der Gebärdensprache wird nicht gesiezt. Es gibt nur das „du“.

DT4: „In der Gebärdensprache Siezt man sich nicht, nur als Information. Deswegen duze ich meine Kunden immer.“

Eine gehörlose Patientin berichtet über ihre positive Erfahrung mit einem Arzt, der gebärden konnte.

T9 (#00:24:13-9#): „Ich war sehr überrascht, weil der Arzt selbst gebärden konnte. (...) Das war echt toll.“

Fälschlicherweise wird oft die Bezeichnung „taubstumm“ statt „gehörlos“ verwendet. Das ist politisch nicht korrekt. Viele Gehörlose kritisieren es, wenn sie als taubstumm bezeichnet werden.

DT9: „Taubstumm ist total falsch. Auch inhaltlich.“

In den Interviews und Befragungen wurden Eigenschaften von Gehörlosen und Besonderheiten ihrer Kultur beschrieben. Diese Informationen beeinflussen den Umgang mit Gehörlosen.

T4 (#00:28:30-3#): „Gehörlose sind Augenmenschen.“

DT9: „Gehörlose sind sehr direkt, klar und visuell. Wenn der Arzt eine abstrakte Frage stellt, umso unklarer kommt es bei den Gehörlosen an. Nicht "Welche Beschwerden haben Sie", das ist sehr abstrakt, sondern "Wo tut es Ihnen weh." Je konkreter die Frage ist, desto besser ist es. Kulturunterschied: Gehörlose erzählen auch viele Geschichten. Kulturelles Hintergrundwissen ist daher sehr wichtig.“

DT8: „Medizinische Begriffe, die allgemein unter den Hörenden bekannt sind, kennen Gehörlose nicht. Der Arzt ist dann verwundert. Gehörlose haben wenige Möglichkeiten medizinische Informationen zu lesen. Die Schriftsprache verstehen sie nicht. Ärzte setzen auch Allgemeinwissen voraus wie bei Hörenden. Sie sind dann verwundert und im Endeffekt kostet alles Zeit.“

Da es Gebärdensprachdolmetscher gibt, ist die Kulturkompetenz wichtiger.

DT9: „Kulturkompetenz ist wichtiger als Gebärdensprachkompetenz, wenn ein Dolmetscher dabei ist. Ohne Dolmetscher ist es wichtig, dass der Arzt gebärdensprachkompetent ist.“

Als größtes Problem wird die Unwissenheit der Ärzte über den Umgang mit gehörlosen Patienten genannt.

DT9: „Das größte Problem sehe ich in der Unwissenheit der Ärzte über die Besonderheiten im Umgang mit Gehörlosen. Da fehlt komplett das Wissen über die andere Kultur. Sie denken sie sind nur gehörlos, aber dass sie eine andere Kultur haben, wissen sie nicht.“

T11 (#00:37:46-5#): „Und selbst, wenn Leute schon etwas über Gehörlose wissen, sind sie eher unsicher im Umgang mit Gehörlosen, auch unsicher im Umgang mit Dolmetschern. Sie wissen manchmal nicht, dass man Dolmetscher hinzuholen kann etc.“

Patienten wollen die Akzeptanz ihrer Bedürfnisse.

T10 (#1:21:37-0#): „Also das größte Problem ist, wenn der Arzt mich nicht so annimmt, wie ich bin, wenn er meine Bedürfnisse nicht wahrnimmt und nicht akzeptiert. Das ist für mich wirklich das schlimmste und größte Problem.“

Dolmetscher weisen Ärzte daraufhin, dass sie mit Gehörlosen in Blickkontakt sein müssen.

DT11 (#00:40:57-4#): „Ärzte sollen den Patienten anschauen und mit ihm sprechen und sie direkt ansprechen. Sie müssen aber aushalten können, dass der Patient den Dolmetscher anschaut. Das ist so. Das liegt an der Sprache.“

7.6 Umgang mit gehörlosen Patienten

Im Rahmen der Interviews wurden Gehörlose gefragt, was für Wünsche sie in Bezug auf die ambulante Versorgung haben und welche Tipps sie Medizinstudierenden und Ärzten mit auf den Weg geben möchten. Ebenso wurden Gebärdensprachdolmetscher nach Verbesserungsvorschlägen und Umsetzungsideen gefragt. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Datenerhebung und Literaturrecherche in den Unterkategorien „Tipps für das medizinische Personal“ und „Umsetzung der Tipps“ zusammengefasst.

7.6.1 Tipps für das medizinische Personal

Als erstes soll der Blickkontakt mit dem Patienten gesucht werden. Auch wenn der Dolmetscher redet, sollen Ärzte auf den Patienten schauen und nicht auf den Dolmetscher. Des Weiteren sind die Rahmenbedingungen wie Sitzordnung und Lichtverhältnisse wichtig, denn gehörlose Patienten sollten das Gesicht des Arztes gut sehen können. Außerdem sollen Ärzte einfaches Deutsch sprechen und nicht viele Fachwörter benutzen. Sie sollen auch nicht schnell oder laut sprechen. Gehörlose wünschen sich unter anderem auch mehr bildliche Darstellungen beim Erklären. Ärzte sollen sich Zeit nehmen und sicherstellen, dass sie vom Patienten verstanden werden. Gehörlose würden sich sehr freuen, wenn das medizinische Personal ein paar Gebärdenzeichen könnte. Während für manche Gehörlose ein paar Gebärdenzeichen ausreichen, bitten andere um das Erlernen der Gebärdensprache. Sowohl in Praxen als auch in Krankenhäusern sollten Listen mit Kontaktdaten von Gebärdensprachdolmetschern vorhanden sein, sodass im Notfall immer ein Dolmetscher kontaktiert werden kann. Wichtiger als die Gebärdensprachkompetenz wird die Kulturkompetenz angesehen. Gebärdensprachdolmetscher sind für eine problemlose Kommunikation sehr wichtig. Ärzte sollten sich nicht in ihrer Kompetenz verletzt fühlen, wenn ein Patient einen Dolmetscher mitbringt. Ärzte sollten sich Zeit nehmen und sich nicht verunsichern lassen, wenn der Patient mehrmals nachfragt. Die Notwendigkeit eines Dolmetschers sollte dem medizinischen Personal deutlich sein. Die Schriftsprachenkompetenz Gehörloser sollte nicht überschätzt werden. Die Schriftsprache ist für Gehörlose wie eine Fremdsprache für Hörende. Da Gehörlose in einer visuellen Welt leben, halten sie die Mimik und Gestik des Arztes, sein Bemühen für die Verständigung und seine

Einstellung für wichtig. Gehörlose wollen von Ärzten akzeptiert werden, sie wünschen sich Offenheit und Toleranz.

Ein Studienteilnehmer antwortete auf die Frage, was er Medizinstudierenden mit auf den Weg geben möchte, folgendermaßen:

T10 (#01:33:29-0#): „Dass sie (Ärzte) offen für Diversität sind.“

Viele Gehörlose wollen nicht, dass ihre Gehörlosigkeit behandelt wird, sondern ihre Beschwerden, weshalb sie zum Arzt gehen.

DT3: „Wenn es um das Thema Cochlea-Implantat geht, neutral aufklären! Gehörlose berichten von dem Gefühl "gezwungen zu werden". Gehörlose wollen nicht als "reparierbar" angesehen werden.“

Gebärdensprachdolmetscher weisen darauf hin, dass auch Ärzte Dolmetscher bestellen können. In der ambulanten Versorgung wird der Dolmetschereinsatz von den Krankenkassen finanziert. Durch Informationen über den Umgang mit Gehörlosen könnten sich viele Kommunikationsprobleme lösen. Gehörlose bitten um Aufklärung.

DT2: „Informationsmaterial für Praxen.“

DT3: „sehr hilfreich wäre ein Seminar zum Thema Interkulturalität.“

Dolmetscher weisen darauf hin, dass Lippenabsehen nicht ein vollständiges Verstehen ermöglicht. Die befragten Gebärdensprachdolmetscher bitten Ärzte darum, Gespräche mehr zu steuern und offen für neue Kommunikationsformen zu sein. Außerdem ist das gleichzeitige Reden und Zeigen bei Gehörlosen sehr ungünstig. Für die Terminvereinbarung wünschen sich Dolmetscher mehr technische Möglichkeiten wie E-Mail und SMS, da diese sonst sehr zeitaufwendig ist.

7.6.2 Umsetzung der Tipps

Auf die Frage, wie diese Tipps und Ratschläge an Medizinstudierende und Ärzte weitergegeben werden können, antworteten Dolmetscher und Gehörlose folgendermaßen:

DT8: „Sie könnten im Studium schon Informationen über Gehörlose, die Gehörlosenkultur und Gebärdensprache erhalten, für Mediziner zugeschnittene Gebärdensprachkurse mit Training und Übungen. Es soll die andere Denkweise gelehrt werden. Gebärdensprachdolmetscher bestellen ist das A und O. Hilfsmittel benutzen, langsam und deutlich sprechen. Blickkontakt halten, Themen nennen und ausdrucksstark und in kurzen Sätzen sprechen. Notfallset an

Wörtern wie „Fieber“, „Brechen“, „Atemnot“ lernen. So könnten sie die Kommunikationsschwierigkeiten überwinden.“

Schon im Studium könnte Aufklärungsarbeit erbracht werden. In Fort- und Weiterbildungen könnte man Ärzte aufklären.

T10 (#01:33:11-0#): „In der Universität, in der Ausbildung, das wäre doch ein schönes Thema. Die Welt ist voller Diversität. Es wäre doch wichtig, dass man ein Seminar hätte, welches "Diversität" heißt. Meine Meinung ist, dass Ärzte nicht alles wissen können, weil Gehörlosigkeit nicht ein großes Thema ist, aber sie müssen auf jeden Fall etwas zum Thema Diversität in der Ausbildung lernen.“

T10 (#01:09:23-0#): „Mein Traum wäre, dass Ärzte an der Universität gleich lernen wie sie mit tauben, blinden Menschen, mit Menschen im Rollstuhl umgehen müssen. (...) dass sie ein Aufklärungsunterricht an der Universität bekommen, dass sie Hintergrundwissen zum Beispiel über die Kultur von Gehörlosen haben. (...) Also für mich ist wichtig, dass der Arzt Hintergrundwissen zum Thema Gehörlosigkeit hat.“

T8 (#00:55:25-7#): „Es wäre besser, wenn es (das Seminar) verpflichtend wäre.“

T4 (#01:03:52-4#): „Vielleicht wäre es nicht schlecht, wenn Gehörlose in die Vorlesung kommen und selbst aus ihrem Leben erzählen. Ich möchte nicht, dass Hörende über Gehörlose sprechen. Ich fände es besser, wenn Gehörlose selbst über sich reden. (...).“

Im Folgenden werden Ratschläge für Medizinstudierende genannt, die von den Interviewteilnehmern gegeben wurden.

DT7: „Offen sein! Keine Angst haben. Nicht nur die medizinische Sicht, sondern auch den kulturellen Blick auf das Thema betrachten. Sich informieren, nicht nur, dass es eine Behinderung ist, die man mit Cochlea-Implantaten ausgleichen kann, sondern auch die Information haben, wie schön das ist.“

DT9: „Bleibt sensibel!“

Die Idee, eine Promotion zu diesem Thema zu schreiben, wurde gelobt und geschätzt.

DT7: „Ich finde Ihre Idee gut, sie ist was Sinnvolles! Ich fände es gut, dass sie Früchte trägt.“

DT8: „In diesem Bereich gibt es einen Mangel, da Gehörlosigkeit als Behinderung gesehen wird. Gehörlose sind die einzige behinderte Gruppe, die eine Sprache hat.“

7.7 Ausblick: Krankenhäuser

Der Kategorie 7 „Ausblick: Krankenhäuser“ werden alle Aussagen von Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetscher über die Probleme in Krankenhäusern zugeordnet.

Ein Patient berichtet über seine Erfahrung im Krankenhaus wie folgt:

T4 (#00:37:02-3#): „Gerade in meiner letzten Operation im Dezember hat der Arzt sehr viel erzählt. Das war damals auch ein Notfall. Es ging damals um Medikamentenunverträglichkeit und der Arzt hatte ganz schnell gesprochen und ich saß da und wusste gar nicht, was eigentlich los ist. Ich konnte es mir selber nicht erklären und das war schon hässlich. Dazu kam der Arzt mit Mundschutz rein. Er hatte bei mir die Hörgeräte gesehen und dachte: "ach der hat Hörgeräte, der kann hören, alles prima." Es war dann am Ende alles oberflächlich. Das war ganz schlimm. Ich habe bestimmte Medikamente nicht vertragen und dann haben sie mir Gegenmittel gegeben und das war heikel.“

Ein anderer Gehörloser berichtet über folgende schlechte Erfahrung:

T1 (#00:48:42-9#): „Also es gab die Situation, dass jemand diesen OP Aufklärungsbogen alleine ausgefüllt hat, ein gehörloser Patient, ohne Dolmetscher und am Ende ist die ganze Behandlung schief gegangen, sodass derjenige dann bettlägerig wurde und am Ende auch gestorben ist.“

Ein gehörloser Patient berichtet über seine positive Erfahrung in einer Notaufnahme:

T9 (#00:29:10-3#): „(...) Diese Frau an der Anmeldung meinte, sie hätte ein gehörloses Kind und sie konnte mit mir dann auch plaudern und in Gebärdensprache sich verständigen. Das war auch sehr angenehm. Da war ich auch sehr erleichtert.“

7.8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenbildung

Ausgehend von den in der Zielstellung genannten Forschungsfragen und abgeleitet vom gebildeten Kategoriensystem können folgende Hypothesen formuliert werden:

H1: Gehörlose fühlen sich im ambulanten Gesundheitssystem benachteiligt.

- Ärzte können mit gehörlosen Patienten nicht gleich gut kommunizieren wie mit Hörenden.
 - Gehörlose fühlen sich medizinisch schlecht versorgt.
 - Praxen werden vor allem telefonisch erreicht, was für Gehörlose nicht in Anspruch genommen werden kann. Gehörlose in Thüringen benutzen Faxgeräte.
 - Praxen sollen zusätzlich Email und SMS anbieten, um für alle Gehörlose erreichbar zu sein.
 - Terminvereinbarung läuft meistens persönlich vor Ort ab.
 - Einen für den Arzt, Patienten und Gebärdensprachdolmetscher passenden Termin zu finden ist nicht einfach.
- ➔ Gehörlose fühlen sich benachteiligt.

H2: Gehörlose in Thüringen suchen sich einen Hausarzt in der Nähe aus.

- In Thüringen lebende Gehörlose gehören der älteren Generation an.
 - Am häufigsten besuchen die befragten Gehörlosen Hausärzte.
 - Die befragten Gehörlosen gehen zum Arzt, der in der Nähe ihrer Wohnung ist.
 - Jüngere Gehörlose haben andere Kriterien bei der Arztwahl. Sie suchen eher Ärzte, die für neue Kommunikationsformen offen sind.
- ➔ In Abhängigkeit vom Alter achten Gehörlose bei der Hausarztwahl auf verschiedene Kriterien. Gehörlose in Thüringen suchen den Arzt in ihrer Nähe als Hausarzt aus.

H3: Gehörlose sind über medizinische Themen nicht ausreichend informiert.

- Als Informationsquellen werden Zeitungen, Zeitschriften, Internet und Fernsehen genutzt.
- Informationsmaterial vom deutschen Gehörlosenbund e.V. wird ebenso genutzt.
- Es gibt Kommunikationsforen für Gehörlose mit Videos, in denen Dolmetscher gebärden.
- Nicht alle Fernsehsendungen mit medizinischen Inhalten haben Untertitel.
- Unter Gehörlosen findet ein Austausch statt.

- Schriftliches Informationsmaterial ist meistens aufgrund der langen Sätze, Fachbegriffe und nicht einfacher Sprache schwierig zu verstehen.
- Schriftsprache ist für Gehörlose wie eine Fremdsprache für Hörende.
- Es herrscht ein Informationsdefizit unter Gehörlosen, abhängig von ihrem Alter und Interesse.
- Viele Gehörlose haben einen hohen Informationsbedarf.
 - ➔ Gehörlose sind über medizinische Themen nicht ausreichend informiert.

H4: Das größte Problem in der ambulanten Versorgung gehörloser Patienten liegt in der Kommunikation.

- Das Lippenabsehen funktioniert in wenigen Fällen und nur dann, wenn Ärzte ein gutes und deutliches Mundbild haben.
- Dass manche, vor allem ältere Gehörlose ihre Lautsprache einsetzen und sprechen, verleitet Hörende zur Annahme, dass Gehörlose hören können.
- Die schriftliche Kommunikation ist zeitaufwendig, läuft jedoch gut. Diese Art von Kommunikation ist vor allem von der Bereitschaft des Arztes abhängig.
- Es wird nur in Stichpunkten aufgeschrieben.
- Viele Gehörlose denken, dass sie im Vergleich zu hörenden Patienten, weniger Informationen erhalten.
- Gute Lichtverhältnisse im Raum und eine entsprechende Sitzordnung sind wichtige Grundbausteine einer erfolgreichen Kommunikation mit einem gehörlosen Patienten.
- Wenn Ärzte schnell sprechen, können viele Gehörlose das Gespräch nicht gut verfolgen.
- Der Mundschutz während der Kommunikation stellt ein schwerwiegendes Problem dar.
 - ➔ Das größte Problem der ambulanten Versorgung liegt in der Arzt-Patient-Kommunikation.

H5: Die Einstellung der Ärzte beeinflusst das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.

- Wenn der Arzt sich um die Kommunikation bemüht, sind Gehörlose zufrieden.
- Wenn der Arzt ungeduldig ist, sind Gehörlose unzufrieden und suchen sich einen anderen Arzt.
- Manche Gehörlose haben das Gefühl, eine Überforderung für Ärzte zu sein.
- Viele Ärzte wissen nicht wie man mit gehörlosen Patienten umgeht.
- Ärzte mit einem geübten Umgang reden nicht lauter, überartikulieren nicht und sprechen mit einem deutlichen Mundbild.

- Die Einstellung der Ärzte gegenüber Gebärdensprachdolmetschern beeinflusst die Gesprächsatmosphäre.
- Dolmetscher haben das Gefühl, dass manche Ärzte keine Empathie zeigen.
➔ Die Einstellung der Ärzte beeinflusst die Kommunikationsatmosphäre.

H6: Gehörlose Patienten werden aufgrund der Kommunikationsbarriere medizinisch nicht adäquat versorgt.

- Durch das unzureichende Wissen über die Gehörlosenkultur entstehen Missverständnisse, wie zum Beispiel die Fehlinterpretation des Nickens der Gehörlosen.
- Ärztliche Anweisungen während der Untersuchung sind vom Dolmetscher umständlich zu übersetzen, wenn kein Blickkontakt zum Patienten möglich ist.
- Viele Gehörlose haben den Eindruck, dass der Arzt ihnen nicht alles mitteilt.
- Viele Gebärdensprachdolmetscher finden die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte unbefriedigend.
- Missverständnisse, die bei Abwesenheit eines Dolmetschers zwischen Patient und Arzt entstehen können, können das Ergebnis der Behandlung negativ beeinflussen.
- Der Erfolg der Therapie ist von der Kommunikation zwischen Arzt und Patient abhängig.
➔ Gehörlose werden medizinisch nicht adäquat versorgt.

H7: Eine sichere Kommunikation erfolgt mit einem Gebärdensprachdolmetscher.

- Gehörlose sowie Ärzte fühlen sich in der Kommunikation sicherer, wenn ein Gebärdensprachdolmetscher anwesend ist.
- So können sie in ihrer Sprache ihre Symptome und Beschwerden schildern und sind sich sicher, dass alles, was der Arzt sagt, gedolmetscht wird.
- Bei Routine-Untersuchungen oder bekannten Abläufen bestellen viele Gehörlose keinen Dolmetscher.
- Zu fremden und neuen Ärzten nehmen Gehörlose meistens einen Gebärdensprachdolmetscher mit.
- Da die meisten Ärzte nicht viel über die Gehörlosen und ihre Kultur wissen, ist die APK oft nicht an die Bedürfnisse Gehörloser angepasst.
- Einige Gebärdensprachdolmetscher haben das Gefühl, dass Ärzte keine Rücksicht auf die Bedürfnisse Gehörloser nehmen.

- ➔ Eine sichere Arzt-Patient-Kommunikation erfolgt meist nur mithilfe eines Gebärdensprachdolmetschers.

H8: Hörende Verwandte/Bekannte sollten nicht als Gebärdensprachdolmetscher eingesetzt werden.

- Viele Gehörlose in Thüringen nehmen ihre hörenden Verwandten als Dolmetscher zum Arzt mit.
 - Einige Gehörlose bevorzugen Familienmitglieder als Dolmetscher mit der Begründung der zeitlichen Flexibilität und einfacher Erreichbarkeit im Vergleich zu examinierten Gebärdensprachdolmetschern.
 - Viele Gehörlose raten davon ab und empfehlen einen examinierten Dolmetscher zu bestellen, da das komplette Gespräch gedolmetscht wird.
 - Hörende Verwandte selektieren meist das Gesagte und gebärden nur das Nötigste.
 - Gebärdensprachdolmetscher absolvieren ein Studium oder Ausbildung und dolmetschen das Arztgespräch professionell. Sie unterliegen der Schweigepflicht.
- ➔ Hörende Verwandte sollten nicht als Dolmetscher eingesetzt werden.

H9: Gehörlose können sprechen, aber nicht hören.

- Gehörlose haben ihre eigene Sprache und Kultur.
 - Früher wurde in Gehörlosenschulen die Lautsprache gelehrt. Die Gebärdensprache war verboten.
 - Ältere Gehörlose können ihre Lautsprache besser einsetzen als jüngere, weshalb sie öfter und besser sprechen als jüngere Gehörlose.
 - Wenn Gehörlose sprechen, verleitet das fälschlicherweise unwissende Hörende zu dem Gedanken, dass sie hören können.
 - Nicht alle Gehörlosen sind schriftsprachenkompetent.
 - Die Schriftsprache ist für Gehörlose wie eine Fremdsprache für Hörende.
 - Der Begriff „taubstumm“ ist veraltet und heute politisch nicht korrekt.
 - Gehörlose leben in einer visuellen Welt.
 - Gehörlose drücken sich meist sehr direkt aus.
- ➔ Hörende sollen wissen, dass Gehörlose nicht stumm sind, sondern auch sprechen können.

H10: Kommunikationsprobleme zwischen Ärzten und gehörlosen Patienten lassen sich durch Aufklärung über den Umgang mit Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetschern lösen.

- Studierende könnten im Rahmen ihres Medizinstudiums über den gehörlosen Patienten, die Gebärdensprache und Gehörlosenkultur aufgeklärt und über den Umgang mit Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetschern informiert werden.
- Im Rahmen eines Schauspielpatienten-Unterrichts in der Vorklinik oder im Rahmen eines Wahlfaches im klinischen Studienabschnitt könnten Studierende informiert werden (wie beispielsweise an der FSU Jena).
- Ärzte könnten im Rahmen ihrer Fort- und Weiterbildung über den Umgang mit gehörlosen Patienten aufgeklärt und informiert werden.

Ratgeber für Medizinstudierende und Ärzte

„Wie gehe ich mit gehörlosen Patienten am besten um?“

1. Bestellen Sie einen Gebärdensprachdolmetscher
(Thüringen: <https://lag-gsd-thueringen.de/index.php?page=dolmetscherbestellung>).
2. Achten Sie auf eine freundliche Mimik und Gestik.
3. Halten Sie Blickkontakt mit dem gehörlosen Patienten.
4. Achten Sie auf gute Lichtverhältnisse, beispielsweise sollten Sie nicht vor einem Fenster sitzen.
5. Reden Sie in einer normalen Lautstärke. Sprechen Sie in einfacher Sprache deutlich.
6. Schreiben, zeichnen, malen Sie auf.
7. Seien Sie geduldig.
8. Gebärden Sie, wenn Sie einige Gebärden können.
9. Nehmen Sie es nicht persönlich, wenn der gehörlose Patient nicht Sie, sondern den Gebärdensprachdolmetscher anschaut. Der Dolmetscher ist Ihre Stimme.
10. Ein Nicken des Gehörlosen bedeutet nicht gleich „Ja“ oder „ich habe verstanden“.
11. Erklären Sie den Ablauf von Untersuchungen bevor sie mit der Untersuchung beginnen.
12. Fragen Sie den Gehörlosen, welche Kommunikationshilfen er wünscht und welche Erwartungen er an die Arzt-Patient-Kommunikation hat.
13. Seien Sie offen für neue Kommunikationsformen.

8. Diskussion

8.1 Bezug zur Fragestellung

Die vorliegende Dissertation soll aufzeigen, ob die Arzt-Patient-Kommunikation an die Bedürfnisse gehörloser Patienten angepasst ist und in welchen Bereichen aktuell noch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

Um die Erfahrungen und Probleme der Gehörlosen im Rahmen des Arztbesuches zu verifizieren wurde untersucht, welche Erfahrungen Gehörlose im ambulanten Gesundheitssystem haben, welche Besonderheiten es im Umgang mit gehörlosen Patienten gibt und wie die Probleme verbessert werden können.

Andreas Paulini führte im Rahmen seiner Promotion eine Studie in Hamburg durch. Er befragte schriftlich 246 hörgeschädigte Personen, davon 73 Gehörlose, über die Zufriedenheit mit ihrer ärztlichen Behandlung. Es fand sich eine signifikant höhere Unzufriedenheit unter den gehörlosen Teilnehmern im Vergleich zu anderen Hörgeschädigten (Paulini 2008).

Aus diesem Grund bezieht sich diese Studie auf gehörlos Geborene oder vor dem Spracherwerb ertaubte Menschen.

Höcker hat in seiner Studie in den halbstandardisierten Interviews Hörende befragt, die sich im Umgang mit Gehörlosen auskennen, bevor er mit seiner quantitativen Studie begann. Er beschreibt, dass schon in dieser Phase eine direkte Befragung von Gehörlosen sinnvoller wäre, jedoch aufwendig und aufgrund des Dolmetschereinsatzes kostenintensiv (Höcker 2010). In der vorliegenden Monographie wurden Gehörlose direkt befragt. Aufgrund der Anwesenheit eines Dolmetschers konnten die Interviews in Gebärdensprache durchgeführt werden und so konnten Gehörlose in ihrer Muttersprache von ihren Erfahrungen berichten.

Unabhängig von methodischen Problemen haben Gehörlose eine nach außen abgeschlossene Gemeinschaft, was wissenschaftliche Studien wiederum erschwert (Faust 2012).

8.2 Methodische Diskussion

8.2.1 Gütekriterien

Besonders wichtig ist in der qualitativen Forschung die Einschätzung der Ergebnisse nach Gütekriterien. Mayring verweist dabei auf die Kriterien Validität, Objektivität und Reliabilität (Mayring 2016).

Die Validität bezeichnet die Gültigkeit der Ergebnisse. Zur Überprüfung des Kriteriums muss die Frage gestellt werden, ob die Dissertation tatsächlich das erfasst, was untersucht werden sollte. Um die Validität zu erfüllen ist es wichtig, dass sich die Entwicklung der Categoriesysteme an der Theorie orientiert (Mayring 2016). Dieser Aspekt wurde beachtet, da der für die Datenerhebung erarbeitete Interviewleitfaden von Schwerpunkten ausgeht, die sich auf die grundlegenden Forschungsfragen beziehen (siehe Kapitel 5). Unter Beachtung dieser Schwerpunkte wurden zugehörige Leitfragen entwickelt.

Im Sinne der Konstruktvalidität muss außerdem kontrolliert werden, ob im Rahmen der Datenauswertung schrittweise und theoriegeleitet vorgegangen wurde. Deshalb wurde bei der Erarbeitung der Kategorien darauf geachtet, systematisch von der Grobstruktur zur Feinstruktur vorzugehen (Mayring 2002).

Die Überprüfung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) sieht vor, dass der Untersucher nach Beendigung der Analyse Teile des Materials erneut bearbeitet und dabei die Kodierungen mit den ursprünglichen vergleicht (Mayring 2010). Der gesamte Forschungsprozess wurde genau dargestellt und dokumentiert. Dadurch wird die Reliabilität der Untersuchung erhöht. Dieser Schritt wird als Verfahrensdokumentation bezeichnet. Anhand von Zitaten aus den Interviews wurden die Interpretationen unterlegt, somit wurde auch eine argumentative Interpretationsabsicherung gewährleistet (Mayring 2016). Zur Kontrolle der Intracoderreliabilität wurde das Material am Ende der Analyse nochmals kontrolliert. Dabei wurde überprüft, ob die verwendeten Ankerbeispiele tatsächlich nur einer Kategorie zugeordnet werden konnten. Diese übereinstimmende Einordnung war in den meisten Fällen möglich. Einige wenige Analyseeinheiten konnten jedoch nicht eindeutig in eine bestehende Kategorie eingeordnet werden. Dies kann die Genauigkeit der Ergebnisse beeinträchtigen (Philipp 2003).

Um die Objektivität der Inhaltsanalyse zu gewährleisten, müssen die Kodierungen von mindestens zwei Untersuchern übereinstimmen. Hierzu zählt die InterCoderreliabilität.

Diese hat in der Inhaltsanalyse eine besondere Bedeutung. Dabei untersuchen mehrere Inhaltsanalytiker unabhängig voneinander dasselbe Material, die Ergebnisse ihrer Analysen werden verglichen. Eine solche Suche nach Fehlerquellen ist besonders wichtig, da sie zu einer Modifikation der Analyseinstrumente führen kann (Mayring 2010). Dies konnte durch die in Kapitel 6 beschriebene Vorgehensweise erreicht werden. Da die Auswahl der Ankerbeispiele zur Kontrolle nur stichprobenartig erfolgte, ist es denkbar, dass verbesserungswürdige Aspekte unbeachtet blieben, wodurch die InterCoderreliabilität beeinflusst wird. Das Konzept der InterCoderreliabilität wird jedoch von einigen Analytikern infrage gestellt, da sie bei sprachlichem Material Interpretationsunterschiede zwischen mehreren Analytikern als Regel ansehen (Mayring 2016).

Vorteilhaft ist die qualitative Inhaltsanalyse gerade deshalb, weil sie das Analyseverfahren in einzelne Interpretationsschritte gliedert. Diese Regelgeleitetheit ermöglicht es, dass auch andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen können. Somit ist sie intersubjektiv nachprüfbar (Mayring 2010). Regelgeleitetheit wurde auch erfüllt, da die Daten systematisch nach Mayring analysiert wurden.

Die Nähe zum Gegenstand wurde ebenso eingehalten, da die Befragten in ihrer Muttersprache interviewt wurden. Es wurde auf eine ungestörte Interviewatmosphäre geachtet.

Die Ergebnisse wurden vom jeweiligen Theoriehintergrund her interpretiert. Das Anknüpfen an die Erfahrungen Gehörloser und Gebärdensprachdolmetscher in der ambulanten Gesundheitsversorgung wird als Theoriegeleitetheit bezeichnet (Mayring 2010).

8.2.2 Kritikpunkte und Fehlerquellen bei der Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten dieser Dissertation gehört die Auswahl der Stichprobe, die Erstellung des Interviewleitfadens, das Führen der Interviews, die Aufnahme derer im Multimediazentrum und mittels Audioaufnahmen auf dem Laptop sowie die Transkription der Videoaufnahmen und Tondateien (siehe Kapitel 6). In jedem dieser einzelnen Arbeitsschritte können Fehler auftreten, die die Erhebung und Auswertung der Daten beeinflussen. Daher sollen sie in diesem Kapitel diskutiert werden.

Ergebnisse der Literaturrecherche zeigten, dass vor allem aufgrund der Kommunikationsbarriere begrenzt mögliche Studienmethoden vorhanden sind (Münster et al. 2009). Untersuchungen zu psychosozialen Fragen innerhalb der Gehörlosencommunity zeigen sich daher oft als schwierig, denn auch ein Dolmetschereinsatz garantiert nicht persönlichen Zugang (Faust 2012).

In diese Studie wurden nur gehörlos Geborene und vor dem Spracherwerb Ertaubte über 18 Jahren eingeschlossen. Patienten, die nach dem Spracherwerb ertaubten und somit keine Gebärdensprachler sind, wurden ausgeschlossen. Dies soll die Vergleichbarkeit der Erfahrungen der Probanden erhöhen, da von Geburt an Gehörlose andere Erfahrungen gemacht haben als Spätertaubte, die die Lautsprache meistens besser beherrschen.

Zu Beginn war die Studie nur auf das Bundesland Thüringen beschränkt, weil die Besonderheit der geplanten Studie die persönliche Befragung mittels Dolmetscher im Multimediazentrum Jena ist. Aufgrund der hohen Nachfrage von Gehörlosen außerhalb Thüringens und des Interesses an der Studie teilzunehmen, wurde dieses Kriterium im Verlauf der Studienplanung aufgehoben und die Interessenten wurden in die Studie mit einbezogen, sofern keine Ausschlusskriterien zutrafen. Jedoch ist davon auszugehen, dass Teilnehmer aus Thüringen überrepräsentiert sind. Dies sollte bei der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt werden. Eine weitere körperliche und /oder geistige Behinderung war ein Ausschlusskriterium, da diese Einschränkungen einen maßgeblichen Einfluss auf die Erfahrungen haben.

Mit einer Gehörlosen aus Berlin wurde eine Videokonferenz geführt, dabei waren von der Teilnehmerin organisierte Dolmetscher anwesend. Diese Videokonferenz wurde ebenso im Multimediazentrum Jena durchgeführt und aufgenommen. Schriftsprachenkompetente Gehörlose aus Bonn und Hamburg nahmen mittels Fragebogen, orientiert am Interviewleitfaden, an der Studie teil. Die unterschiedlichen Methoden zur Datenerhebung mit ihren möglichen Fehlerquellen werden in diesem Kapitel näher erläutert.

Die Dolmetscherstudie blieb jedoch nur auf den Raum Thüringen begrenzt. Die Erfahrungen von Dolmetschern aus Großstädten/ Ballungszentren für Gehörlose konnten somit in dieser Studie nicht erfasst werden. Dies muss in der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Die Stichprobe fiel demnach sehr klein aus, da nur wenige Patienten obige Kriterien erfüllten und zudem zu einem Interview bereit waren. Somit konnten nur explorative Aussagen erzielt werden. Das Ziel dieser Arbeit war es nicht, quantitativ repräsentative Ergebnisse zu erzielen.

Mittels Werbevideo auf der mutmaßlich meistbesuchten Internetseite von Gehörlosen und der Homepage des Landesverbandes Gehörloser Thüringen e.V. wurde geworben. In diesem Video wurde die Studiendesignerin mit einer Gebärdensprachdolmetscherin gezeigt. Gehörlose ohne Internetzugang konnten somit nicht erreicht werden. Daher wurde auch Werbung für die Studie auf der Hauptmitgliederversammlung eines Gehörlosenvereins in Thüringen gemacht. Diese Methoden waren zudem persönlicher als die Einladung zum Interview an die Dolmetscher, die per Mail und Telefon erfolgten. Es kann daher sein, dass diese den genutzten Kommunikationsweg als unpersönlich empfunden haben könnten. Außerdem konnten so keine Gründe für Absagen erfasst werden. Privat kontaktierte Dolmetscher nannten als Absagegrund häufig Zeitmangel aufgrund beruflicher Verpflichtungen.

Diskutiert werden kann auch, ob die Probanden, die sich auf die Anfrage gemeldet haben, ein größeres Engagement zeigten als die, welche die Teilnahme unbegründet ablehnten. Selektionsverzerrungen sind zu diskutieren, denn Gehörlose mit größeren Schwierigkeiten bei Kommunikation und Dolmetscherversorgung können eine höhere Motivation zur Teilnahme gehabt haben. Ebenso ist es möglich, dass diese Gruppe einen schlechteren Zugang und damit geringere Teilnahmequoten hat (Höcker et al. 2012).

Des Weiteren muss beachtet werden, dass ein Teil der Interviewten (6) durch die persönliche Vorstellung in der Hauptmitgliederversammlung geworben werden konnten. Vor diesem Hintergrund wäre ein größeres soziales Engagement der Teilnehmer zu diskutieren.

Bezüglich der Zusammensetzung der Stichprobe kann ebenso kritisch betrachtet werden, dass keine gleichmäßige Geschlechts- und Altersverteilung vorlag (siehe Kapitel 6).

Hinsichtlich der Berufsverteilung überwiegen Probanden im Ruhestand und Erwerbsunfähige. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass in Thüringen viel mehr ältere Gehörlose leben. Jüngere Gehörlose wandern häufig in Gehörlosen-Ballungszentren wie Hamburg, Köln und Berlin aus. Interessant wäre es, diese Studie auch in Großstädten mit besserer Erreichbarkeit junger Gehörlosen durchzuführen.

Alle befragten Gehörlosen waren Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Es muss berücksichtigt werden, ob eine private Versicherung zu besseren Ergebnissen bei der Erfahrung in der Kommunikation mit medizinischem Personal geführt hätte und ob die Art der Krankenversicherung Einfluss auf die Zufriedenheit der Informationsmöglichkeiten durch ein anderes Hilfsmittelangebot gehabt hätte.

In der Dissertationsarbeit werden keine Zusammenhänge zwischen den entwickelten Hypothesen und der beruflichen Ausbildung, der Geschlechts- und Altersverteilung sowie der Krankenkassenzugehörigkeit dargestellt. Die explorativen Aussagen beziehen sich lediglich allgemein auf die Erfahrungen von Gehörlosen beim ambulanten Arztbesuch. Viele der Erkenntnisse vor allem in den Bereichen Kommunikation sind aber in den klinischen Kontext übertragbar.

Da die Daten mittels verschiedener Methoden (Interview, Telefoninterview, Fragebogen) erhoben wurden, können Fehlerquellen entstehen, wobei die Interviews und Telefoninterviews nach denselben Transkriptionsregeln ausgewertet wurden.

Des Weiteren muss bei der Entwicklung des Interviewleitfadens auf die Vermeidung möglicher Fehlerquellen geachtet werden. Die Leitfragen sollten die Forschungsthemen dieser Dissertation vollständig abdecken, was auch realisiert werden konnte (siehe Kapitel 7). Zusätzlich war es jedoch notwendig, sich bei der Formulierung und Reihenfolge der Fragen nach der Zeit zu richten. Je nach Offenheit der Frage und Komplexität des Gegenstandes können in einer Stunde etwa 40 Fragen behandelt werden (Gläser und Laudel 2010). Dies war auch im Hinblick auf die Transkription relevant, da dieser Arbeitsschritt etwa sechsmal so lange dauert wie das zuvor geführte Gespräch (Gläser und Laudel 2010). Letztlich mussten die Probanden für die Interviews etwa maximal 60 Minuten einplanen. Kritikpunkt bei der Betrachtung dieses Aspektes ist, dass die Einhaltung des zeitlichen Rahmens der Untersuchung die Vollständigkeit der Datenerhebung beeinträchtigen könnte (Gläser und Laudel 2010).

Die Befragung und Erforschung dieser Patientengruppe stellt auch eine Schwierigkeit dar, denn die üblichen Interviews oder Fragebögen können trotz Dolmetschereinsatz nicht problemlos angewendet werden (Fellinger et al. 2005). Eine Besonderheit in der Gehörlosenstudie stellte die Gebärdensprache dar. Informationen oder Anleitungen zu Interviews mit Gehörlosen gibt es kaum (Deuster et al. 2010). Aus diesem Grund wurde vor der Erstellung des

Interviewleitfadens ein Expertengespräch mit einer erfahrenen Gebärdensprachdolmetscherin geführt. Dabei wurden die Besonderheiten bei der Befragung von Gehörlosen und daraus folgenden Formulierungen der Leitfragen besprochen und es wurde beschlossen, bei Verständigungsproblemen geschlossene Fragen zu stellen. Dieser Aspekt ist an dieser qualitativen Studie zu kritisieren.

Es gibt Studien aus verschiedenen Ländern, in denen die sozioökonomische Situation von Gehörlosen untersucht wurde. Es wird beschrieben, dass sich die Datenerhebung als schwierig erwiesen hat. Gründe dafür sei die Kommunikation als hörender Untersucher mit gehörlosen Studienteilnehmern. Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern erschwere den persönlichen Zugang und die Vertrauensbildung. Dieser Nachteil muss bei der Auswertung berücksichtigt werden. Trotz Dolmetschereinsatz seien viele komplexe Inhalte schwer zu kommunizieren aufgrund des oft späteren Zugangs zur Sprache, d.h. durch die Befragung konnte aufgedeckt werden, was kommunizierbar ist. Das muss nicht der Realität der Gehörlosen entsprechen (Fellinger et al. 2005).

Die Interviews mit den Dolmetschern waren hinsichtlich Umfang und Dauer nicht einheitlich, was in der unterschiedlichen Befragungsmethode und der zeitlichen Flexibilität begründet liegt. Ein weiterer Kritikpunkt des Interviews sind Suggestivfragen (Hopf 2012). Nach einigen Interviews wird eine subjektive Theorie über das Forschungsproblem entwickelt. Es besteht die Neigung, Fragen unbewusst so umzuformulieren, dass sie nur noch Bestätigungen für das einholen, was zu wissen geglaubt wird. Der Informationsgehalt der Interviews nimmt ab, und der suggestive Charakter nimmt zu (Gläser und Laudel 2010). Trotz des sorgfältigen Abarbeitens des Interviewleitfadens konnten solche Situationen bei mehreren Interviews, die am selben Tag aufgezeichnet wurden, nicht ganz vermieden werden.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass aus organisatorischen Gründen des Öfteren mehrere Interviews an einem Tag durchgeführt werden mussten. Interviewtermine zu finden, die sowohl dem Patienten und der Dolmetscherin als auch dem Mediengestalter passen, stellte sich als schwierig dar. Daher kann es bei den späteren Interviews an einem Tag zu Problemen mit dem passiven Zuhören gekommen sein.

Eine weitere Fehlerquelle könnte beispielsweise sein, dass die Patienten durch Wiederholung von Fragen beeinflusst werden. Zusätzlich sollten die Aussagen der Interviewteilnehmer nicht

kommentiert oder gar bewertet werden (Hopf 1991). Auf diese Aspekte wurde während der Interviews besonders achtgegeben.

Aus Angst vor Unvollständigkeit resultierte die Unfreiheit im Umgang mit dem Interviewleitfaden, der immer wieder ins Gedächtnis gerufen wurde. Diese nahm mit Erfahrung in der Interviewführung ab (Heisteringer 2006).

Kennzeichen qualitativer Forschung sind unter anderem die Untersuchung von Phänomenen in ihrer Ganzheit und Komplexität in ihrem alltäglichen Kontext, die Berücksichtigung der subjektiven Erfahrungen. Bei der Datenerhebung wurde das Leitfadeninterview verwendet. Es wurde darauf geachtet, dass alle Themen im Interview angesprochen werden.

Heisteringer weist daraufhin, dass ein zu häufiges Nachfragen, ein zögerndes Nachfragen und kommentierende Aussagen im Interview vermieden werden sollen (Heisteringer 2006).

Des Weiteren wurde die Perspektive von Ärzten, Arzthelfern und Angehörigen nicht erfragt. Das ist ein möglicher weiterer Forschungsbereich. Außerdem beschränkte sich die Studie nur auf das ambulante Gesundheitssystem.

Die Telefoninterviews wurden mittels Audiorecorder auf dem Laptop aufgezeichnet, um später transkribiert zu werden. Kritikpunkt bei der Tonaufnahme ist, dass es keine natürliche Gesprächssituation ist und es möglich ist, dass der Interviewte angesichts der Aufzeichnung Informationen zurückhält bzw. dass sich die Tendenz sozial erwünscht zu antworten verstärkt (Gläser und Laudel 2010).

Interviewtermin und Ort sollten so vereinbart werden, dass der Aufwand für den Interviewpartner möglichst gering ist, er sich wohl und sicher fühlt und Störungen minimiert werden (Gläser und Laudel 2010). Dies gelang vollständig bei den Dolmetschern, da diese den Termin und Ort frei bestimmen konnten. Bei den Interviews mit den Gehörlosen im Multimediazentrum wurde versucht, die Aufregung der Probanden durch lockere Kennenlerngespräche (mit Dolmetscherin) und angenehmer Atmosphäre mit Keksen und Getränken zu minimieren, da das Studio hochprofessionell ist und auf dem ersten Blick für Aufregung sorgen kann. Es wurde beobachtet, dass die Aufregung mit der Zeit deutlich abnahm.

Ein positiver Aspekt bei der Durchführung der Interviews ist, dass auf eine zusätzliche Protokollierung durch einen Dritten während des Interviews verzichtet wurde, da die Interviews per Video aufgezeichnet wurden. Dadurch wurde ein zusätzlicher Protokollant, der die Gesprächsatmosphäre verändern würde, nicht gebraucht (Gläser und Laudel 2010).

Da bei der Auswahl der Technik auf eine gute Aufnahmequalität geachtet werden muss, wurden vor Beginn der Interviews alle eingesetzten Geräte durch den Mediengestalter auf Empfindlichkeit und die Aufzeichnung von Störgeräuschen geachtet. Dieses geschah bei den Telefoninterviews oder Dolmetscherinterviews vorab zu Hause. Somit traten bei der Transkription keine akustischen Störungen auf.

Mit Hilfe von halbstandardisierten Interviews konnten viele Informationen und Detailwissen gewonnen werden, jedoch erforderte diese Methode einen größeren Zeitaufwand (Hopf 1991).

8.3 Diskussion der Ergebnisse

Es gibt relativ wenig wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema. Grund dafür könnte sowohl die Abgeschlossenheit der Gehörlosengesellschaft, als auch die Schwierigkeit der Datenerhebung mittels Interviews sein. In diesem Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse kritisch betrachtet und diskutiert. Zur besseren Nachvollziehbarkeit erfolgt eine Anlehnung der Gliederung an den Ergebnisteil der Arbeit (siehe Kapitel 7).

8.3.1 Ambulantes Gesundheitssystem

Laut Untersuchungen leiden Gehörlose häufiger unter seelischen und/oder somatischen Beschwerden als Hörende. Gehörlosigkeit kann für manche Betroffene ein Stressfaktor sein, da sie mehr Energie brauchen, um alltägliche Kommunikationssituationen zu bewältigen (Faust 2012).

In einer Studie von Höcker berichteten Gehörlose von großer Unzufriedenheit, differenzierten aber zwischen der rein medizinischen Versorgung und der dabei stattfindenden Kommunikation (Höcker 2010). Dieses Ergebnis wurde auch in dieser Studie erlangt (siehe Abb.15).

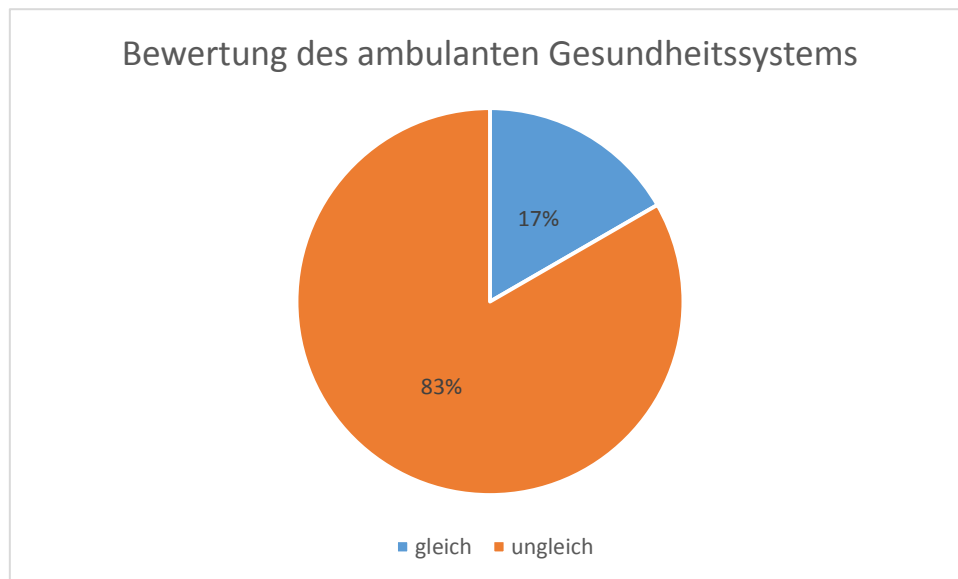


Abbildung 15: Bewertung des ambulanten Gesundheitssystems durch Gehörlose

Die Bewertung durch die befragten Dolmetscher war in etwa gleich: 73% (8) halten die Versorgung für nicht adäquat. 27% (3) halten die Versorgung für gleich gut (wie bei Hörenden).

In einem Paper wurde ein Review der Publikation von Health Virtual Library von 1996-2006 über die sozialen und kulturellen Aspekte der Beziehung zwischen gehörlosen Patienten und Ärzten gezeigt. Darin wird beschrieben, dass gehörlose Patienten Ängste, Misstrauen und Frustrationen in Bezug auf das Gesundheitssystem haben. Aus diesen Gründen suchten sie medizinische Hilfe weniger häufig auf (Chaveiro et al. 2009). Emotionen wie Unsicherheit, Ängste und Unwohlsein wurden auch in dieser Studie beschrieben, jedoch verneinten die meisten Teilnehmer die Frage, ob sie weniger häufig zu Ärzten gehen.

In der Abbildung 16 sind zusammenfassend alle in der Studie erhobenen Gründe für die inadäquate Versorgung dargestellt.

Inadäquate Versorgung im ambulanten Gesundheitssystem






Abbildung 16: Gründe für die inadäquate Versorgung

Am häufigsten von den niedergelassenen Ärzten besuchen die befragten Gehörlosen Hausärzte (siehe Kapitel 7.1.3.1). Besonders wichtig ist es, dass gehörlose Patienten mit dem Hausarzt das Vorgehen in Notfällen besprechen sollten. Die Abbildung 17 zeigt ein Beispiel für ein Notfall-Telefax (Pinilla und Stephan 2015).

In Deutschland existiert der Deutsche Faxnotruf mit der Notfall-Telefaxnummer 112 für hörgeschädigte Menschen. Die Stiftung PROCOM aus der Schweiz betreibt eine 24 Stunden Telefonvermittlung von Gebärdensprachdolmetschern für Notfälle (Clarke 2010).

Im Gesundheitssystem existieren praktische und transkulturelle Barrieren. Emotionen spielen im klinischen Alltag jedoch eine bedeutende Rolle (Kendel et al. 2012). Ross und Feller erörtern, dass im Vergleich zu Hörenden gehörlose Patienten ihre Gefühle als unangenehm beschreiben und ungern zum Arzt gehen (Ross und Feller 2005).













Notfall-Telefax

☐  Ich kann nicht hören ☐
☐  Ich kann nicht sprechen ☐
☐  Ich bin behindert ☐

Wer faxt?
 Name: _____ Eigene Fax-Nummer: _____

Wohin soll Hilfe kommen?
 Strasse: _____ Hausnummer: _____ Etage: _____
 Ort: _____

Wer soll helfen?

<input type="checkbox"/>  Feuerwehr	<input type="checkbox"/>  Feuer	<input type="checkbox"/>  Notlage	<input type="checkbox"/>  Unfall
<input type="checkbox"/>  Rettungsdienst	<input type="checkbox"/>  Notarzt	<input type="checkbox"/>  Verletzung	<input type="checkbox"/>  Erkrankung
<input type="checkbox"/>  Polizei	<input type="checkbox"/>  Einbruch	<input type="checkbox"/>  Überfall	<input type="checkbox"/>  Schlägerei

Was ist geschehen?

Vielen Dank! **Unterschrift:** _____

Bitte zurückfaxen! ----- Bitte zurückfaxen! ----- Bitte zurückfaxen! ----- Bitte zurückfaxen!

Das Notfall-Telefax ist eingegangen und _____
ist auf dem Weg zu Ihnen. Unterschrift des aufnehmenden Disponenten: _____

Ein Service der BD Frankfurt am Main und dem Deutschen Schwerhörigenbund e. V. – Referat „Barrierefreies Planen und Bauen“/2011

Abbildung 17: Vorlage eines Notfall-Telefax vom Deutschen Schwerhörigenbund e.V.

Viele Probanden geben bei der Hausarztwahl als Prävalenz die Nähe zum Wohnort an. Dabei ist zu erwähnen, dass diese Antwort vor allem ältere Probanden gegeben haben. Die jüngeren gehörlosen Studienteilnehmer achten viel mehr auf die Einstellung des Arztes.

Interessant wäre es somit zu erfahren, wie die Prävalenz von jungen Gehörlosen oder von Gehörlosen in Großstädten aussieht.

8.3.2 Terminvereinbarung

Meistens läuft die Terminvereinbarung in der hörenden Gesellschaft per Telefon ab. Gehörlose Menschen jedoch können diese Möglichkeit nicht nutzen.

Ein Ergebnis dieser Studie war, dass die Terminvereinbarung zwar funktioniert, jedoch umständlich und zeitintensiv sein kann.

Den Menschen, die von der verbalen Kommunikation ausgeschlossen sind, sollten Alternativen angeboten werden, beispielsweise ein Relay Center² im Falle einer telefonischen Kommunikation. Ein Konzept des Relay Centers wurde in Österreich erstellt (Hilzensauer 2006). Alternativen wurden in der Studie, bis auf PROCOM³, nicht beschrieben. Interessant wäre es zu erforschen, ob und welche alternativen Kommunikationsmethoden es in Deutschland gibt.

8.3.3 Medizinische Informationen

Gehörlose haben einen inadäquaten Zugang zu medizinischen Informationen (Ross und Feller 2005). Daher können sie signifikante Lücken im medizinischen Wissen haben (Chaveiro et al. 2009). Auffällig war, dass alle befragten Dolmetscher dieser Studie dieses Informationsdefizit bestätigten, jedoch nicht alle befragten Gehörlosen.

Die schriftlichen Informationsquellen seien meistens nicht gut verständlich. In Studien des europäischen Generalsekretariats des Weltverbandes der Gehörlosen haben lautsprachlich unterrichtete gehörlose Schulabgänger eine durchschnittliche Lesefähigkeit, die der von achtneun-jährigen hörenden Kindern entspricht. Nur ein geringer Teil von ihnen kann für Hörende verständlich sprechen (Lemass 1988).

Das bestehende Informationsdefizit bestätigen auch die befragten Dolmetscher:

DT3: „Abhängig vom Alter, Interesse und eigenem Bildungsstand sind Gehörlose gut bis mangelhaft informiert. Aber ältere Gehörlose sind gar nicht informiert, das ist mir stark aufgefallen.“

Eine Studie aus New York State evaluierte das Wissen über HIV, seine Symptome und die Übertragung von AIDS. Es zeigte sich, dass gehörlose Menschen, die Gebärdensprache benutzen, am meisten Fehlinformationen hatten (Scheier 2009). Risikofaktoren für HIV-Infektion sind unter anderem geringes Bildungsniveau, unzugängliche Informationskampagnen sowie fehlender Zugang zu medizinischem Service (Haualand und Allen 2009).

² Für Menschen, die Telefone nicht benutzen können, gibt es ein Telefondolmetschdienst, ein sogenanntes Relay Center: text-basierend oder video-basierend. Wenn ein Gehörloser einen Hörenden kontaktieren möchte, schreibt er das dem Kommunikationsassistenten im Relay-Center, dieser ruft die Zielperson an. Das Gespräch wird als Nachricht an den Gehörlosen geschrieben.

³ Text- und Videovermittlungsdienst mit Sitz in der Schweiz

Visuelle Informationsvermittlung findet nicht genug statt. In der Gehörlosencommunity sollte die Information über gesundheitliche Themen verbessert werden (Hommes et al. 2018).

Hier wäre es interessant zu erforschen, wie gut Gehörlose über medizinische Themen informiert sind, in welchen medizinischen Bereichen sie schlecht informiert sind und wie man die Informationsvermittlung verbessern könnte.

8.3.4 Arzt-Patient-Kommunikation

8.3.4.1 Kommunikation ohne Dolmetscher

Verbale Kommunikation

Unter besten Bedingungen kann von geübten Gehörlosen nur 33% von den Lippen abgesehen werden. Der Großteil des Gesagten muss aus dem Kontext erschlossen werden. Lippenabsehen setzt also Übung voraus. Dessen sind sich viele Hörende jedoch nicht bewusst (Sinclair-Penwarden 2009). Schriftliche Kommunikation hat auch ihre Schwierigkeiten wie das Lippenabsehen (Clarke 2010). Diese Aussagen wurden in dieser Studie bestätigt.

In den 80er Jahren wurde eine Studie zur Leseunreife durchgeführt. Bei 31% der Teilnehmer der gehörlosen Kinder wurde eine totale Leseunreife festgestellt, in der hörenden Vergleichsgruppe nur bei 3% (Höcker 2010). Gehörlose Kinder, die die Lautsprache gut erlernt haben, verfügen laut einer Übersichtsarbeit bei Einschulung über einen etwa 10- bis 20-mal geringeren lautsprachlichen Wortschatz als ihre hörenden Altersgenossen (Höcker 2010).

Auch in dieser Studie berichten die Probanden über den geringeren Wortschatz, trotz guter Lautsprache. Die Gebärdensprache hat eine andere Grammatik als die Lautsprache. Für gehörlose Kinder ist es daher schwierig etwas zu schreiben, das sie „noch nie gehört“ haben (Clarke 2010). Die schriftliche Kommunikation ist somit inadäquat für prälingual ertaubte Menschen, deren erste Sprache die Gebärdensprache ist (Chaveiro et al. 2009). Diese Aussage kann auch durch die Ergebnissen dieser Studie bestätigt werden.

Viele Gehörlose sind nicht zu 100% schriftsprachenkompetent. Der Grund dafür liegt vor allem in der schulischen Ausbildung, die früher sehr lautsprachenorientiert war. Die Übermittlung und Lehre von Inhaltlichem war zweitrangig. Als Hauptgrund für die orale Lernmethode wurde die Integration Gehörloser in die hörende Gesellschaft angeführt. Aus der Perspektive Gehörloser war dies jedoch eine erzwungene Anpassung. Als Grundvoraussetzung für die Integration gelten vielmehr der Respekt, die Akzeptanz und die Toleranz seines Gegenübers, seiner Muttersprache und seiner Kultur. Gehörlose erhoffen, dass alle noch bestehenden Hindernisse für die Verwendung der Gebärdensprache abgeschafft werden (Lemass 1988).

Nonverbale Kommunikation

In einer Studie von Chaveiro wurden die soziokulturellen Aspekte der Beziehung zwischen gehörlosem Patient und Arzt untersucht. Die große Bedeutung der nonverbalen Kommunikation wurde betont. Das Ergebnis zeigte eine Notwendigkeit, medizinisches Personal im Umgang mit Gehörlosen zu lehren (Chaveiro et al. 2009).

Zwischenmenschliche Kommunikationsprobleme tauchen in jedem Gesundheitssystem auf, signifikant wird es, wenn Sprach- und Kulturbarrrieren mit eingeschlossen sind. Es existiert ein Bedürfnis nach einer verbesserten Kommunikation zwischen Arzt und gehörlosem Patienten. Kommunikation mit gehörlosen Patienten ist im Gesundheitssystem vernachlässigt worden. Die Curricula enthalten meist nicht die Lernziele der notwendigen Kompetenzen, um auch diese Gruppe von Menschen adäquat zu versorgen. Inadäquate Kommunikation kann zu Fehldiagnosen und erfolglosen Therapien führen. Kompetenz schließt effektive Kommunikation und Respekt gegenüber kultureller Diversität ein. Einer der wichtigsten Faktoren, der die Qualität der Versorgung betrifft, ist das Fehlen des Bewusstseins des medizinischen Personals über den Umgang mit gehörlosen Menschen. Die Erfahrungen Gehörloser zeigen, dass die Qualität der Versorgung durch Dolmetscher, gebärdensprachkompetente Ärzte oder durch Verbesserung der Kommunikation mithilfe von Bildern und Zeichnungen verbessert wird (Chaveiro et al. 2009). Diese Informationen wurden auch in dieser Studie erlangt.

8.3.4.2 Kommunikation mit Dolmetscher

In dieser Studie gaben die Befragten an, vor allem bei neuen Ärzten oder komplizierten Krankheitsfällen einen Dolmetscher zu bestellen. So sei die Kommunikation sicher gestellt. Es gibt sehr viele Besonderheiten in der Kommunikation mit Dolmetschern. Vor allem für uninformierte Ärzte kann diese eine Herausforderung sein.

Die Psychotherapie stellt eine weitere Besonderheit dar, denn die Analyse der Sprache, des Gesagten durch den hörenden Arzt/Psychotherapeuten entfällt. Der Dolmetscher steht dabei vor einer größeren Herausforderung (Seeber 2002).

In Linz wurde in den 90er Jahren eine Spezialambulanz für Gehörlose mit gebärdensprachkompetentem Team aufgestellt. Dolmetscher werden im psychiatrischen Gespräch eher als unvorteilhaft bezüglich eines Arzt-Patient-Verhältnisses gesehen (Fellinger et al. 2005). Dolmetschereinsatz ist nicht immer die allerbeste Lösung. Denn Dolmetscher sind

Nichtbeteiligte und Dritte, die mit in die Privatsphäre des Patienten eintreten (Seeber 2002). In dieser Studie stellte sich heraus, dass viele Gehörlose bekannte Ärzte ohne Dolmetscher konsultieren.

Es wurde eine bundesweite Querschnittsstudie von Höcker durchgeführt, in dem Gehörlose per Gebärdensprachvideos gefragt wurden, inwiefern sie über ihren gesetzlichen Dolmetscheranspruch informiert sind. Das Ergebnis jener Studie war, dass von 841 Gehörlosen 31,4% nicht über ihre Rechte diesbezüglich informiert waren. Es sei mehr Aufklärung notwendig, um eine Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ermöglichen zu können (Höcker et al. 2012). 48,8 % der Befragten gaben an, in einem Arztgespräch schon einmal nur so getan zu haben, als wäre alles verstanden worden, um dem Arzt nicht negativ aufzufallen. 43,3 % der Probanden hatte bereits das Gefühl, dass aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten ihre Diagnose nicht korrekt gestellt wurde. Ärzte können die Kommunikationsprobleme unterschätzen und Gespräche ohne Dolmetscherunterstützung als ausreichend empfinden (Höcker et al. 2012). Durch Aufklärung können Ärzte einen Beitrag zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung von Gehörlosen leisten (Höcker et al. 2012).

In dieser Studie waren zwar alle Teilnehmer über ihr Recht des Dolmetschereinsatzes informiert, nutzen dieses aus verschiedenen Gründen jedoch nicht immer aus. Die befragten Dolmetscher gaben auch wie in der Studie von Höcker an, dass sie oft erlebt haben, dass Gehörlose in Arztgesprächen nur vortäuschen, als ob sie alles verstanden hätten, und nach der Arztkonsultation den Dolmetscher über das Gespräch ausfragen.

Ein Ergebnis dieser Studie war, dass hörende Angehörige des Öfteren als Dolmetscher eingesetzt werden. Wenn die Übersetzung nicht von qualifizierten Dritten erfolgt, kann dies schwerwiegende Folgen herbeiführen (Seeber 2002). Welche Dolmetscher am besten geeignet sind, müsste in neuen Studien untersucht werden.

Mögliche Fehler beim Dolmetschen entstehen durch kulturelle Vorurteile und Missverständnisse, Mythen und stereotype Vorstellungen über Gehörlose. Die Verantwortung der korrekten Information der Patienten liegt beim Arzt (Seeber 2002).

Dolmetscher definierten einige Barrieren: Die Zeit der Ärzte ist limitiert, Gehörlose erfahren das Fehlen der Selbstbestimmung (Hommes et al. 2018). Diese Barrieren wurden auch in dieser Studie beschrieben.

Die Studie von Hommes zeigt die Erkenntnisse von Dolmetschern über die Barrieren der Kommunikation zwischen gehörlosen und schwerhörigen Patienten und dem medizinischen Personal. Das Ergebnis zeigt einen signifikanten Unterschied in allen Bereichen der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Gehörlosen/Schwerhörigen. Ebenso zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Erwartungen von Dolmetschern, was gehörlose und schwerhörige Patienten als adäquate Kommunikation verstehen und dem, was das medizinische Personal darunter versteht (siehe Abb. 18). Dolmetscher sagten, dass Ärzte Lippenabsehen und schriftliche Kommunikation häufiger als adäquat bewerten als Gehörlose (Hommes et al. 2018).

Fig. 1 Differences in ASL interpreters view of provider and deaf/HOH patient perceptions of adequate communication

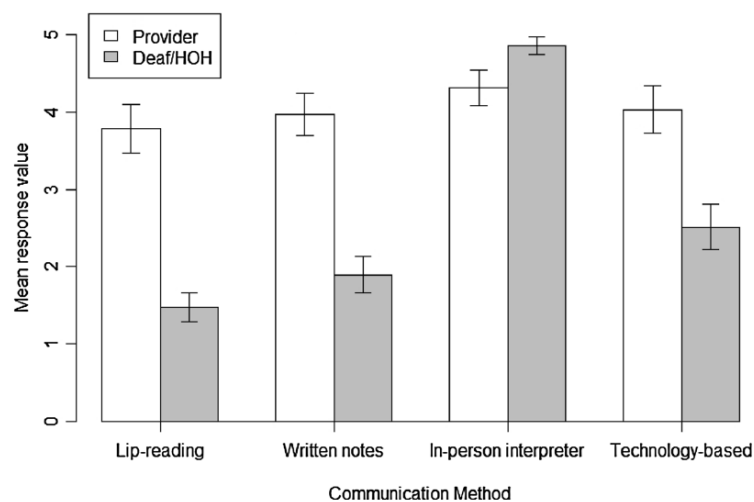


Abbildung 18: Unterschiede zwischen Erwartungen von Dolmetschern und Medizinern

Die Studie von Hommes untersuchte die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation aus der Perspektive der Dolmetscher. Die Zahl an qualifizierten Dolmetschern im medizinischen Bereich zu steigern ist ein erster Schritt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Gehörlosen. Der Nutzen durch Dolmetscher sei nicht nur die Übersetzung, sie ermutigen auch Patienten zum Nachfragen und helfen die Lücken im Medizinwissen zu überbrücken (Hommes et al. 2018).

Laut Gesetz müssen Gehörlose nur den Bedarf eines Dolmetschers melden, einen Dolmetscher zu organisieren, ist die Aufgabe des Arztes (Pinilla und Stephan 2015). Interessant wäre es hier zu untersuchen, ob Ärzte über diese Aufgabe informiert sind.

Der Dolmetscher übersetzt nicht nur, sondern klärt auch die kulturellen Unterschiede zwischen hörendem Arzt und gehörlosem Patienten (Seeber 2002). Das ist auch eines der wichtigsten Argumente, wieso viele Gehörlose in dieser Studie einen Dolmetscher zur Arztkonsultation mitnehmen. Das verdeutlicht die Besonderheit der Gebärdensprachdolmetscher im Vergleich zu anderen Dolmetschern.

Kommunikationsatmosphäre

Die meisten gehörlosen Patienten beschreiben in dieser Studie das Warten im Wartezimmer als Stressfaktor, da sie Angst haben vergessen oder aufgerufen zu werden, ohne dass sie es mitbekommen. Vibrationsgeräte oder Funkgeräte, die im Wartezimmer den Patienten gegeben werden können, können die Patienten informieren, wenn sie an der Reihe sind (Scheier 2009). Einfacher ist das persönliche Abholen von der Sprechstundenhilfe.

8.3.4.3 Nichtexaminierte Dolmetscher

Familienmitglieder, Freunde oder andere Krankenhausmitarbeiter, die gebärdensprachkompetent sind, aber keine offizielle Ausbildung haben, gelten nicht als qualifiziert. Eine Studie mit 13 pädiatrischen ad hoc gedolmetschten Arztbesuchen zeigten nahezu 400 Übersetzungsfehler (Shuler et al. 2013).

Hörende Kinder gehörloser Eltern berichteten über die Verantwortung und gleichzeitig auch die Last, Dolmetschertätigkeiten für ihre Eltern durchzuführen (Fellinger et al. 2005). Interessant wäre es anhand von Interviews herauszufinden, welche Erfahrungen hörende Kinder gehörloser Eltern im Gesundheitssystem erlebt haben.

Laien mit Fremdsprachenkenntnis ohne entsprechende Schulung dolmetschen laut einer Studie von Ebden (1988) nur zwischen 23% und 52% des Gesagten (Seeber 2002).

Die Definition der Behinderung findet sich im Sozialgesetzbuch IX (SGB): „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie

sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Viele behinderte Menschen fühlen sich in ihrem Umfeld eingeschränkt, stoßen auf Barrieren, die sie alleine nicht überwinden können. Behinderte Menschen werden nicht nur durch ihre Umgebung und ihr Umfeld behindert, sondern auch von ihren Mitmenschen (Jarmer 2011). Barrierefreiheit fordert nicht nur technische und bauliche Anpassungen, sondern auch die Weiterentwicklung von Informationstechnologien und Kommunikationsmitteln (Jarmer 2011).

In der folgenden Tabelle 2 sind die Ergebnisse zum Thema „Arzt-Patient-Kommunikation“ zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 2: Arzt-Patient-Kommunikation

Arzt-Patient-Kommunikation		
ohne Dolmetscher	mit Dolmetscher	Besonderheiten mit Dolmetscher:
<ul style="list-style-type: none"> • verbal • nonverbal • extraverbal (Sitzordnung, Lichtverhältnisse) • paraverbal (Lautstärke, Geschwindigkeit beim Sprechen) • Einstellung des Arztes (offen?, geduldig?, informiert?) 	<ul style="list-style-type: none"> • vollständige Informationsübertragung • Erleichterung und Sicherheit für Gehörlose • simultane Übersetzung in ICH-Form • Nicht-examinierte Dolmetscher (hörende Verwandte): unprofessionelle Übersetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • untypische Gesprächskonstellation • Dolmetscher haben keine Betreuerfunktion • Blickkontakt mit dem Gehörlosen halten • Anpassung der Inhalte an die Bedürfnisse Gehörloser • wichtiger als Gebärdensprachkompetenz ist das kulturelle Hintergrundwissen • Nicht mit Dolmetscher ÜBER Gehörlosen kommunizieren

8.3.5 Gehörlosenwelt

Ein Merkmal der Gehörlosengemeinschaft ist es, sich selbst zwar anders, aber nicht als krank zu sehen (Dahm 1998). Nicht alle Gehörlosen sind gleich. Spätertaubte können oft keine Gebärdensprache. Manche können ihre Lautsprache besser einsetzen als andere. Ein Teil der Gehörlosen definiert sich über die soziokulturelle Perspektive (Shuler et al. 2013).

Jedes gehörlose Kind, jede hörende Familie mit einem gehörlosen Kind und jeder gehörlose Erwachsene macht seine eigene Erfahrung in der Gehörlosenwelt (Fernandes und Myers 2009). Je nach persönlicher Geschichte definiert sich Gehörlosigkeit somit anders. Viele Gehörlose selbst führen ein bikulturelles Leben. Sie sind zwar gehörlos, leben aber in einer hörenden Welt. Die Gehörlosenkultur prägt die Identität. Menschen, die gebärdensprachkompetent sind, fühlen sich in einer Gehörlosengemeinschaft verbunden, der Gebärdensprachencommunity (Jarmer 2011). Nicht die Gehörlosigkeit an sich vereint also Gehörlose, sondern der Umgang damit (Uhlig 2012). In dieser Studie wurde auch die Erkenntnis gewonnen, dass es in erster Linie

nicht um die Gehörlosigkeit geht, sondern viel mehr um den Umgang damit. Eine der ersten Aufgaben des Arztes sollte es somit sein, herauszufinden, wie der gehörlose Patient mit seiner Gehörlosigkeit umgeht, um ihn anschließend adäquat versorgen zu können.

Gebärdensprache ist nicht nur ein Mittel zur Kommunikation, sondern das zentrale Merkmal der Gehörlosenkultur. Sie vereint Menschen, die aus unterschiedlichsten Gründen einen Hörverlust erlitten (Fellinger et al. 2005). Durch die Jahrhunderte alten Fehlinformationen und Missverständnisse werden Gehörlose heute noch von der hörenden Mehrheit isoliert, diskriminiert und behindert (Pagel 2006). Dass die Gebärdensprache trotz tragischer Geschichte überlebt und heute noch einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht hat, zeigt die Wichtigkeit und Einzigartigkeit der Gehörlosenkultur (Clarke 2010).

In dieser Studie wurden auch diese Informationen zur Gehörlosenwelt erfasst. Im Folgenden ist eine zusammenfassende Abbildung der Ergebnisse dieser Studie zu sehen.

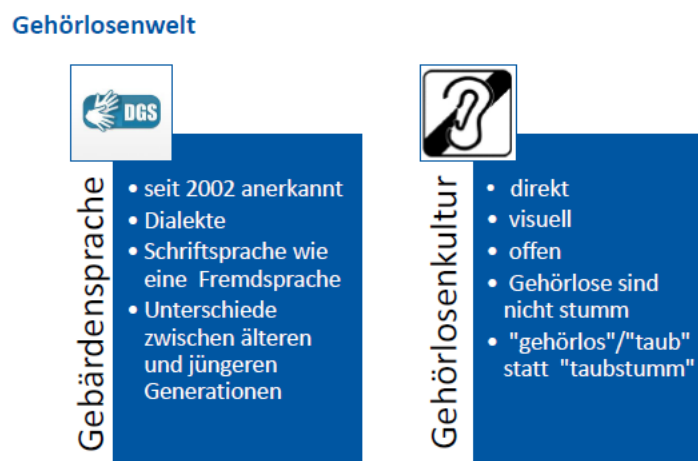


Abbildung 19: Gehörlosenwelt

8.3.6 Umgang mit Gehörlosen

Es gibt zwei Publikationen vom deutschen Gehörlosenbund e.V. über Gehörlosigkeit und den Umgang mit Gehörlosen. Die Veröffentlichung wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Laut den Ergebnissen dieser Studie sind die meisten Ärzte über dieses Informationsmaterial jedoch nicht informiert. Wichtig ist es somit, diese und die weiteren Ergebnisse dieser Studie an angehende Ärzte zu vermitteln.

1984 wurde eine Studie von McNeil mit 100 Ärzten durchgeführt. McNeil empfiehlt den Ärzten eine bessere Aufklärung über den Umgang mit Gehörlosen und Dolmetschern vor Ort zu

bekommen. Ebenso empfiehlt er, diese Aufklärung in die medizinische universitäre Ausbildung zu integrieren (Seeber 2002).

Auch in dieser Studie berichten Gehörlose über ihr enges Vereinsleben und starken Zusammenhalt in der Gehörlosengemeinschaft. Die Gehörlosenidentität ist ein Gefühl der Zugehörigkeit, das durch die Akzeptanz der Gehörlosigkeit entsteht. In einer Studie in Südafrika geht es um die Gehörlosen-Identität sowie um die bilinguale und bikulturelle Identität. Identität ist ein sozial konstruierter Prozess, geprägt aus vergangenen und gegenwärtigen Erfahrungen (McIlroy und Storbeck 2011).

Es wurde in einer kleinen Stadt Worcester in Südafrika eine Studie durchgeführt, in der es um die Erforschung von anderen Faktoren neben Kommunikationsbarrieren, die den Zugang zum Gesundheitssystem für gehörlose Patienten erschweren, ging. Das Ergebnis war, dass es zwischenmenschliche Faktoren gibt, die eine besondere Rolle spielen. Viele Patienten hinterfragen manche Situationen nicht, sondern nehmen sie einfach an. Zusätzlich zu den Kommunikationsschwierigkeiten kommen Faktoren hinzu, die durch die Erfahrung des Ausschlusses geprägt sind, wie das Fehlen der adäquaten Kommunikation in der Familie oder direkten Ansprache durch den Arzt. Daher ist es wichtig, dass der Arzt eine offene und tolerante Atmosphäre im klinischen Setting schafft (Kritzinger et al. 2014). Die Gesprächsatmosphäre wurde in dieser Studie unterschiedlich bewertet (Kapitel 7.4.3). Gemeinsam war den Befragten jedoch die Bedeutung der offenen und toleranten Atmosphäre.

Wenn Mediziner ein paar wichtige Gebärden lernen würden, dann würden sich gehörlose Patienten respektiert und akzeptiert fühlen, was sich positiv auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken würde, da die Unsicherheit und Angst des Patienten abnimmt (Yuksel und Unver 2016). Diesen Wunsch äußerten auch Gehörlose dieser Studie. Wichtiger als die Gebärdensprachkompetenz erachten sie die sprachkulturelle Kompetenz, die Ärzte erlernen sollten (Stephan und Pinilla 2015).

Eine qualitative Studie von Steinberg und Kollegen (2005) zeigte, dass Angst eine häufige Emotion von gehörlosen Patienten bei Arztbesuchen war. Die Schwierigkeiten und Frustrationen, die mit der Kommunikation in der hörenden Welt assoziiert vorkommen, führen häufig zu seelischen Krankheiten in der gehörlosen Population (Scheier 2009). Um den Rahmen

der Interviews nicht zu sprengen, wurde in der Studie nicht nach psychischen Krankheiten gefragt.

Es gibt sehr viele Probleme in Familien mit gehörlosen Kindern hörender Eltern. Eltern wollen Kinder „normalisieren“, sodass es dem Kind schwer möglich wird, eine gefestigte Persönlichkeit aufzubauen (Clarke 2010). In dieser Studie wurde aus dem oben genannten Grund nicht nach den Eltern der Studienteilnehmer gefragt.

Viele Gehörlose sehen ihre Gemeinschaft und Gebärdensprache als ein wertvolles Kulturgut, das es zu bewahren, jedoch keine Erscheinungsform von Behinderung, die es weg zu therapieren gilt (Das Zeichen, Nr. 28, Juni 1994). Einige der befragten Dolmetscher und Gehörlosen beschwerten sich in der Studie über Ärzte, die sie unaufgefordert auf Cochlea-Implantate hinweisen.

Das Medizinstudium an vielen Universitäten Deutschlands vermittelt meist keine Information über den kulturellen Aspekt der Gehörlosigkeit. In den Leitlinien Genetische Beratung der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik und des Berufsverbands Deutscher Humangenetiker e.V. steht, dass die jeweiligen persönlichen, religiösen Einstellungen und die psychosoziale Situation des Ratsuchenden berücksichtigt und respektiert werden müssen. Damit dies auch geschieht, muss das Beratungspersonal Informationen über die Wertvorstellungen und kulturellen Hintergründe der Gehörlosen erhalten (Uhlig 2012).

Im deutschsprachigen Raum gibt es viele Berührungsängste und Hemmungen, was den Kontakt zu Gehörlosen betrifft. In anderen Ländern wie in Asien beispielsweise sind die Menschen weniger gehemmt, über offensichtlich verbale Barrieren hinweg Kontakt aufzunehmen. Sie nehmen sofort Stift und Papier und kommunizieren schriftlich oder durch Gebärden (Jarmer 2011).

Im Kapitel „ärztliche Gesprächsführung“ im NKLM (14c.5.4) wird vorgeschrieben, dass der Umgang mit Patienten, deren Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt und/oder gestört ist, den besonderen Anforderungen entsprechend gestaltet werden soll (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015).

Jedoch bleiben den meisten Medizinern die besonderen Anforderungen von gehörlosen Patienten fremd. Sogar Fachärzte für HNO und für Phoniatrie und Pädaudiologie haben oft

geringe Vorstellungen von dem, was Gebärdensprache ist und kann (Pagel 2006). Dies zeigt sich in der Diskussion um die Cochlea-Implantate. In der Medizin wird Gehörlosigkeit meistens auf ein Defizit bzw. chirurgisches oder technisches Problem reduziert. Ein Arzt sollte über Gebärdensprache informiert sein, um einen gehörlosen Patienten adäquat aufklären zu können (Pagel 2006).

Ärzte als erste Anlaufstelle für Eltern mit gehörlos geborenen Kindern könnten durch Aufklärung eine gute Hilfe und Unterstützung sein. Jedoch müsste dafür der ärztliche Umgang mit der Gehörlosigkeit und das zumindest ansatzweise Erlernen der Gebärdensprache ein fester Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mediziner sein (Pagel 2006).

8.4 Entwicklung eines Unterrichtsmoduls

Barnett schreibt, dass Ärzte über Unsicherheit berichten, wenn sie gehörlose oder hörgeschädigte Patienten haben. Das reflektiert die fehlende Weiterbildung in diesem Bereich. Es gibt wenig Literatur darüber, wie Studierenden der Medizin der Umgang mit gehörlosen Patienten gelehrt werden kann (Barnett 2002).

Die neuesten Studien zeigen, dass das Training zur kulturellen Kompetenz die Medizinstudierenden nicht adäquat auf den Umgang mit Patienten mit unterschiedlichen Kulturen vorbereitet. Die Universität of Rochester School of Medicine and Dentistry bietet seit 1998 ein eintägiges DSH Programm für Medizinstudierende im ersten Studienjahr an, indem sie kulturelle Kompetenz erlernen. Dort erfahren sie, dass das Verstehen der kulturellen Unterschiede die Qualität der medizinischen Versorgung erheblich beeinflusst. Am DSH Programm nehmen gehörlose Freiwillige teil, sie werden als Schauspielpatienten trainiert. Im ersten Part des Programms hört ein Teil der Studierenden einen Vortrag über Gehörlose und ihre Erfahrungen im Gesundheitssystem an. Die andere Hälfte der Studierendengruppe nimmt am Schauspieltraining teil. Danach werden die Gruppen getauscht. Im Rollenspiel spielen die Studierenden den Patienten und versuchen über ihre Symptome zu berichten. Die gehörlosen Freiwilligen spielen ihre Ärzte. Die Studierenden sollen alternative Kommunikationsformen finden und benutzen. Die Rollen spielen sich dabei in verschiedenen Stationen ab: Arztzimmer, Psychiatrie, Apotheke und Notaufnahme. Nur in einer Station ist ein Dolmetscher bestellbar. Während der Stationen halten sich die Studierenden im Wartezimmer auf, dort werden sie mit Fingeralphabet buchstabiertem Namen „aufgerufen“. Dieses Setup imitiert, was viele gehörlose Patienten in einem echten Wartezimmer erleben, wenn sie immer auf die Lippen der Arzthelfer

schauen, um ihren Aufruf nicht zu verpassen. Im Anschluss an diese Rollenspiele gibt es eine Feedbackrunde, in der die Studierenden ihre Erfahrungen, Frustrationen, Reaktionen während der Kommunikation teilen können (Thew et al. 2012).

Schauspielpatienten-Unterricht zeigt sich als effizient. Die vom Patienten gewählte Kommunikationsform zu kennen, ist wichtig für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses (Yuksel und Unver 2016).

Ein Fazit der Studie von Höcker war, dass Arztbesuche aufgrund der Kommunikationsbarriere eine Zumutung für viele Gehörlose darstellen. Diese Situation kann durch Wahlfächer über den Umgang mit Gehörlosen in der medizinischen universitären Ausbildung gebessert werden (Höcker 2010). Um die Erfahrungen aus den Interviews und die Ergebnisse dieser Arbeit möglichst vielen zukünftigen Ärzten zugänglich zu machen, wurde ein Unterrichtsmodul entwickelt, in dem Rollenspiele im Mittelpunkt standen.

Der Erwerb der vier Fachkompetenzen (Fach,- Methoden,- Selbst,- und Sozialkompetenz) ist grundlegend für das spätere Berufsleben (Kopf et al. 2010). Daher wurde versucht diese zu berücksichtigen und in das Unterrichtsmodul einzuarbeiten.

Es gibt unterschiedliche Definitionen des Begriffs Kompetenz. Verallgemeinernd kann aber festgehalten werden, dass darunter Verknüpfung von Wissen, Können und Erfahrung gemeint ist, mit denen das Bewältigen von komplexen Situationen erleichtert wird (Bachmann 2011).

Das erarbeitete Modul wurde erstmals am 12.04.2017 unter dem Titel „Arzt-Patient-Kommunikation mit blinden und gehörlosen Patienten“ im Fachbereich Psychosomatik als Wahlfach für die Linien AoM und KoM im Zweiten Studienabschnitt (§ 2 ÄAppO Abs. 8 und § 27 Abs. 1) angeboten und am Universitätsklinikum Jena durchgeführt.

Die Veranstaltung dauerte drei Unterrichtseinheiten und war auf 20 Teilnehmer beschränkt.

Zur Einführung in die Thematik erfolgte ein Vortrag zur „Theorie der Gehörlosen“ mittels Power-Point-Präsentation. Ziel war die Stärkung der Fachkompetenz. Durch die theoretische Wissensvermittlung sollte die Fähigkeit, erworbenes Wissen zu verknüpfen, zu vertiefen, kritisch zu prüfen sowie in Handlungszusammenhängen anzuwenden, erhöht werden (Schied 2013). Danach erfolgte eine praktische Übung „Raumführung“ sowie ein Vortrag über die „Theorie der Blinden“. Auf dem sich anschließenden Rollenspiel lag der Schwerpunkt der Veranstaltung. Dabei wurde ein Arztbesuch simuliert, bei dem die Studierenden in den Rollen des Arztes und der Arzthelfer individuelle Lösungen für die Probleme und Schwierigkeiten des

gehörlosen/ blinden Patienten im Rahmen der Konsultation finden sollten. Ein weiterer Student analysierte als Beobachter die Situation.

Die Sozialkompetenz beschreibt die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Bezug auf Kommunikation, Kooperation und Konflikte in intra- und interkulturellen Kontexten (Bachmann 2011). Soziale Kompetenz gliedert sich in Kommunikationsfähigkeit, Kooperations- und Teamfähigkeit, Motivationsfähigkeit und Konflikt- und Kritikfähigkeit (Schied 2013). In den Rollenspielen sollte Geschick im Umgang mit den speziellen Patientengruppen bewiesen werden. Das Ziel war den Aufbau einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung zu fördern. Durch die Interaktion der verschiedenen Rollen untereinander sollte zum einen die Teamfähigkeit (Arzt mit Arzthelfer) ausgebaut und die Kommunikationsfähigkeit im Team und mit dem Patienten geübt werden.

Das anschließende Feedback durch den Beobachter ermöglichte es den Darstellern, den Umgang mit Kritik zu erlernen und dem Feedback-Gebenden eine angemessene Darstellung der Kritikpunkte zu geben. Dabei sollte die Selbstkompetenz erhöht werden, welche als „Persönliches Wollen und Können“ verstanden wird. Es umfasst die persönliche Einstellung eines Menschen und umschreibt individuelle Persönlichkeitsmerkmale (Schied 2013).

Um die Kommunikation mit den Patienten zu verbessern, erfolgte eine theoretische Zusammenfassung zum Thema „Tipps im Umgang mit blinden und gehörlosen Patienten“.

Es wurden verschiedene Zitate aus den Dissertationen vorgelesen, bei denen die Studierenden entscheiden sollten, ob sie von einem Blinden oder Gehörlosen stammen. Nach der Pause wurde oben beschriebenes Rollenspiel erneut durchgeführt. Die wiederholte Durchführung sollte es den Studierenden ermöglichen, die gegebenen Tipps umzusetzen und Sicherheit im Umgang mit den beiden Patientengruppen zu gewinnen. Ziel war es, ihnen den Umgang mit gehörlosen Patienten sowie Gebärdensprachdolmetschern näher zu bringen.

Die Methodenkompetenz zielt auf die Fähigkeit, Fachwissen zu beschaffen und zu verwerten und allgemein mit Problemen umzugehen (Schied 2013). Am Ende der Veranstaltung wurde ein Handout verteilt, welches wichtige Internetadressen und weiterführende Literatur zur Thematik enthielt. So sollte den Studierenden ermöglicht werden, ihr Wissen zu vertiefen und ein weiterer Ausbau der Methodenkompetenz erreicht werden.

Zum Abschluss erfolgten ein mündliches Feedback sowie das Ausfüllen eines Evaluationsbogens durch die Teilnehmer. Das Feedback der Studierenden am Ende der Veranstaltung vermittelte den Eindruck, dass das neue Modul gut aufgenommen wurde und das

Interesse der Studierenden an der Thematik geweckt werden konnte. Einige Teilnehmer wünschten sich, dass das Wahlfach mehrmals pro Semester angeboten werden sollte, um mehr Studierenden die Teilnahme zu ermöglichen. Durch einige Aussagen konnte auch die Vermutung bestätigt werden, dass viele zum ersten Mal mit dem Thema in Berührung gekommen sind und überrascht waren, wie viele Probleme sich in der Kommunikation mit Gehörlosen ergeben. Mit diesem Wahlfachangebot können zukünftige Ärzte gut auf den Umgang mit blinden und gehörlosen Patienten vorbereitet werden. Die Studierenden fühlen sich sicherer und souveräner, weil sie an die Lebenswelt dieser Patienten herangeführt wurden und Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten kennengelernt haben.

Die qualitativen und quantitativen Evaluationsergebnisse der Teilnehmer des Wahlfachs bestätigen das große Interesse am Thema und die Zufriedenheit mit der Durchführung der Lehrveranstaltung. 83% der Teilnehmer waren mit der Lehrveranstaltung sehr zufrieden und 89% würden diese anderen Studierenden sehr weiterempfehlen.

9. Schlussfolgerung

Im folgenden Kapitel sollen auf die forschungsleitenden Fragen präzise Antworten gegeben werden.

9.1 Wie bewerten Gehörlose das ambulante Gesundheitssystem?

Die Studienteilnehmer berichten, dass Ärzte mit ihnen nicht gleich gut kommunizieren können wie mit Hörenden. Die Versorgung ist nicht an die Bedürfnisse gehörloser Patienten angepasst und somit inadäquat. In Thüringen lebende Gehörlose gehören der älteren Generation an und besuchen am häufigsten Hausärzte. Dabei ist die Präferenz die Nähe zur Wohnung.

9.2 Welche Besonderheiten sind bei der Terminvereinbarung zu berücksichtigen?

Die Terminvereinbarung läuft entweder per Fax, persönlich vor Ort oder über einen hörenden Dritten ab. Somit ist der Ablauf umständlicher als bei Hörenden. Einen für den Arzt, Patienten und Gebärdensprachdolmetscher passenden Termin zu finden ist nicht einfach. Hier werden Gehörlose benachteiligt.

9.3 Wie gelangen Gehörlose an Informationen bezüglich Gesundheit/Medizin?

Als Informationsquellen werden Zeitungen, Zeitschriften, Internet und Fernsehen genutzt. Wobei die schriftlichen Materialien nicht immer zu 100% verstanden werden. Häufiger ist der Austausch unter Gehörlosen. Es herrscht ein großes Informationsdefizit unter Gehörlosen, abhängig von ihrem Alter und Interesse.

9.4 Wie gestaltet sich die Kommunikation mit Ärzten?

Das größte Problem in der ambulanten Versorgung gehörloser Patienten liegt in der Kommunikation. Die sicherste Kommunikationsmethode ist der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern, wobei nur examinierte Dolmetscher statt hörende Laien eingesetzt werden sollten. Die Sicherstellung der Kommunikation ist die Pflicht des Arztes. Die verbale und nonverbale Kommunikation ist häufig nicht zufriedenstellend. Die Dolmetscherkosten im ambulanten Bereich werden von den Sozialversicherungsträgern übernommen. Missverständnisse, die bei Abwesenheit eines Dolmetschers zwischen Patient und Arzt entstehen können, können das Ergebnis der Behandlung negativ beeinflussen. Die Diagnostik und Behandlung entspricht der der Hörenden, dennoch ist der Erfolg der Therapie wie bei Hörenden von der Kommunikation zwischen Arzt und Patient abhängig.

9.5 Wie sieht die Welt der Gehörlosen aus?

Der Arzt sollte zunächst herausfinden, wie der Gehörlose mit seiner Gehörlosigkeit umgeht und den für ihn optimalen Kommunikationsweg finden. Gehörlose haben eine eigene Sprache und sind untereinander sehr gut vernetzt.

9.6 Wie sollten Ärzte am besten mit gehörlosen Patienten umgehen?

Die Einstellung der Ärzte beeinflusst das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Wichtig ist die Offenheit und Flexibilität von Ärzten, ebenso die Bereitschaft, sich auf neue Kommunikationswege einzulassen.

9.6.1 Verbesserungsvorschläge

Kommunikationsprobleme zwischen Ärzten und gehörlosen Patienten lassen sich durch Aufklärung über den Umgang mit Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetschern lösen. Angehende Ärzte könnten im Rahmen ihres Medizinstudiums über den gehörlosen Patienten, die Gebärdensprache und Gehörlosenkultur aufgeklärt und über den Umgang mit Gehörlosen sowie Gebärdensprachdolmetschern informiert werden. Dies kann beispielsweise im Rahmen von Seminaren oder Wahlfächern in der Vorklinik oder im klinischen Abschnitt umgesetzt werden. Ferner könnten Ärzte im Rahmen ihrer Fort- und Weiterbildung über den Umgang mit gehörlosen Patienten aufgeklärt und informiert werden.

Ein Beispiel aus der Praxis zeigt das aktuelle Projekt „Hand in Hand. Verbesserung der medizinischen Versorgung gehörloser Patienten“ des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart. Ziel ist es dabei, das Klinikpersonal auf den Umgang mit gehörlosen Patienten vorzubereiten. Es wurden Broschüren und Klinikmappen ("Ein gehörloser Patient kommt auf Ihre Station. Informationen für Sie") von der Stiftung Pro Kommunikation Baden-Württemberg bestellt. Diese sollen sowohl in der Notaufnahme als auch auf allen Stationen und Chefarztsekretariaten vorliegen, ebenso wie die auf Stuttgart und Umgebung bezogenen Dolmetscherlisten. So können Ärzte, die gehörlose Patienten aufnehmen und behandeln, sich direkt informieren. Zur Unterstützung dieses Projektes wurden Fördermittel in Höhe von 7.500€ vom Förderverein „Freunde und Förderer des Robert-Bosch-Krankenhauses e.V.“ zur Verfügung gestellt. Dies entspricht der Durchführung von zwei Dolmetscher-Einsätzen pro Woche für ein Jahr.

10. Ausblick

Die dargestellten Fragen konnten in der Dissertationsarbeit weitgehend beantwortet werden. Nachfolgend werden mögliche Ansatzpunkte für weiterführende Studien dargestellt.

Von allen Probanden wurde angesprochen, dass sowohl der Arzt als auch der Arzthelfer sehr unsicher im Umgang mit gehörlosen Patienten sind und die Kommunikation nicht an ihre Bedürfnisse angepasst ist. Es wäre also wünschenswert zu prüfen, warum eine Umsetzung der Tipps scheitert und warum Schulungsprogramme nicht genutzt werden. Dies könnte durch eine qualitative Befragung in Arztpraxen herausgefunden werden.

Eine quantitative Befragung von Gehörlosen wurde von Höcker (2010) durchgeführt. Interessant wäre auch eine quantitative Befragung von Gebärdensprachdolmetschern und Ärzten. Wichtig wären auch die Erfahrungen gehörloser Patienten in Krankenhäusern. Man würde erfahren, wie die Kommunikation vor der OP und im OP-Bereich abläuft, wo alle Mediziner einen Mundschutz tragen, wie Gehörlose aufgeklärt werden, wie der Ablauf einer CT/ MRT- Untersuchung aussieht, bei der hörenden Patienten per Mikrofon zugesprochen wird.

Des Weiteren wäre es interessant herauszufinden, welche Erfahrungen Gehörlose mit CI gemacht haben und wie die medizinische Versorgung von Spätertaubten empfunden wird.

Eine Befragung von hörenden Kindern gehörloser Eltern in Bezug auf Dolmetschertätigkeiten wäre ebenso interessant. Man könnte herausfinden, wie sie es empfinden als Dolmetscher eingesetzt zu werden und wie ausführlich sie das Gesprochene übersetzten.

Ob Schulungsmaßnahmen des medizinischen Personals erfolgreich sind und den Umgang mit gehörlosen Patienten verbessern, könnte in einer prospektiven Studie untersucht werden.

Ein weiterer möglicher Forschungsschwerpunkt ist die Auswertung des entwickelten Unterrichtsmoduls. Dabei könnte geklärt werden, ob die Studierenden ein solches als notwendig erachten, ob die Umsetzung und der Inhalt Wissenslücken schließen konnten und was davon tatsächlich umgesetzt wird.

Dies sind nur einige Vorschläge, die verdeutlichen wie groß der Forschungsbedarf bezüglich des Themas immer noch ist.

11. Literaturverzeichnis

- Argyle M, Petersen K. 2013. Körpersprache & Kommunikation: nonverbaler Ausdruck und soziale Interaktion. 10., überarb. Neuaufl. Aufl. Paderborn. Junfermann Verlag GmbH.
- Bachmann H. 2011. Hochschullehre neu definiert–shift from teaching to learning. *Kompetenzorientierte Hochschullehre. Die Notwendigkeit zwischen Lernzielen, Prüfungsformen und Lehr-Lern-Methoden. Forum Hochschuldidaktik und Erwachsenenbildung*. Bern. h.e.p. Verlag: 12-28.
- Barnett S. 2002. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. *Academic Medicine*, 77 (7):694-700.
- Bierwagen M, Fischer R, Müller R. 1997. Geschichte der Gehörlosen und der Gehörlosenausbildung. *Das Zeichen*, 39:34-37.
- Binggeli T, Lussi A, Zimmerli B. 2009. Der gehörlose Patient–Informationen für ein barrierefreies Patientengespräch in der Zahnarztpraxis. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 119 (8):795.
- Boerjan M, Boone, F., Anthierens, S., Weel-Baumgarten, E., Deveugele, M. 2008. The impact of repeated simulation on health and healthcare perceptions of simulated patients. *Patient Education and Counseling* 73. Elsevier: 22 -27.
- Boyes Braem P. 1992. Einführung in die Gebärdensprache und ihre Erforschung. 2. korr. Auflage, Hamburg. Signum-Verlag.
- Boyes Braem P, Haug T, Shores P. 2012. Gebärdenspracharbeit in der Schweiz: Rückblick und Ausblick. *Das Zeichen*, 90:58-74.
- Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. 2009. The relation between deaf patients and the doctor. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 75 (1):147-150.
- Clarke V. 2010. Unerhört: eine Entdeckungsreise durch die Welt der Gehörlosigkeit und der Gebärdensprache über und von Gehörlosen mit vielen Praxisbeispielen. Ziel Verlag.
- Dahm M. 1998. Taubheit: Das Recht auf Gehörlosigkeit oder die Chance mit einem „cochlear implant“ zu hören? Menschenbilder und Medizin in der Welt der Gehörlosen und in der Welt der Hörenden. *HNO*, 46 (5):524-528.
- Deuster D, Matulat P, Schmidt CM, Knief A. 2010. Communication skills for interviewing hearing-impaired patients. *Medical education*, 44 (11):1130-1131.
- Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. 2011. Pressemitteilung: Neue Publikationen des Deutschen Gehörlosen-Bundes e.V. Informationsmaterialien zum Thema „Der gehörlose Patient“.
- Deutscher Gehörlosenbund e.V. 2012. Tipps für gehörlose Patienten. 2. unveränderte Auflage. <https://www.kurzlink.de/DGB-Patient>. (Zugriff am 16.10.2018).
- Deutsches Ärzteblatt. 2018. Thüringen beschließt Gehörlosengeld. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91988/Thueringen-beschliesst-Gehoerlosengeld>. (Zugriff am 18.10.2018).
- Dresing T, Pehl T. 2010. Transkription. Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden. Springer: 723-733.
- Dresing T, Pehl T. 2013. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 5.Auflage. Marburg. Eigenverlag.
- Ehrhardt F. 2010. Unsere Welt ist visuell. Über die Kultur der Gehörlosigkeit. Oldenburg. Paulo-Freire-Verlag (Lebenswelten, 4).
- Faust V. 2012. Gehörlosigkeits- und psychosoziale Folgen. *Psychiatrie Heute–Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln*. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Gehoerlosigkeit.pdf>. (Zugriff am 02.10.2018).
- Fellinger J, Holzinger D, Schoberberger R, Lenz G. 2005. Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen. *Der Nervenarzt*, 76 (1):43-51.
- Fernandes JK, Myers SS. 2009. Inclusive deaf studies: Barriers and pathways. *Journal of deaf studies and deaf education*, 15 (1):17-29.

- Gläser J, Laudel G. 2010. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden. Springer-Verlag.
- Haualand H, Allen C. 2009. Deaf people and human rights. World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf. <https://www.rasit.org/files/Deaf-People-and-Human-Rights-Report.pdf>. (Zugriff am 07.10.2018)
- Heisteringer A. 2006. Qualitative Interviews–ein Leitfaden zu Vorbereitung und Durchführung inklusive einiger theoretischer Anmerkungen. https://www.uibk.ac.at/iez/mitarbeiterinnen/senior-lecturer/bernd_lederer/downloads/durchfuehrung_von_qualitativen_interviews_uniwienn.pdf. (Zugriff am 02.10.2018)
- Hess A, Lamprecht, R.-R. Das Gespräch und seine linguistische Analyse Veranschaulichung von Grundkategorien. https://www.uni-potsdam.de/u/slavistik/lamprecht_slavistik/vc/rllmprcht/textling/arb_stud/gk_neu/hess/texte/theoretische_einordnung.htm. (Zugriff am 18.03.2019)
- Heydrich K. 2014. "Wie geht es eigentlich den Schauspielpatienten?"-eine qualitative Studie zu den Auswirkungen der Simulationen auf das Wohlbefinden der Schauspielpatienten an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. [Dissertation]. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.
- Hilzensauer M. 2006. A way of integrating deaf, hearing-and speech-impaired people into modern communication society. *Journal of Telecommunications and Information Technology*, 32-40.
- Höcker J, Letzel S, Münster E. 2012. Sind gehörlose Patienten in Deutschland über ihren gesetzlichen Dolmetscheranspruch informiert? *Das Gesundheitswesen*, 74 (12):818-821.
- Höcker JT. 2010. Sozialmedizinische Aspekte der medizinischen Versorgung gehörloser Menschen in Deutschland. [Dissertation]. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität.
- Höld R. 2009. Zur Transkription von Audiodaten. Wiesbaden. Gabler.
- Hommes RE, Borash AI, Hartwig K, DeGracia D. 2018. American Sign Language Interpreters Perceptions of Barriers to Healthcare Communication in Deaf and Hard of Hearing Patients. *Journal of community health*, 43: 956-961.
- Hopf C. 1991. Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick U. K, E., Keupp, H., Rosenstiel, L., Wolff, S., Hrsg. *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. München. Psychologie Verlags Union, 177-182.
- Hopf C. 2012. 5.2 Qualitative Interviews–ein Überblick. In: Flick/Kardorff/Steinke (Hg): *Qualitative Forschung-ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag: 349-360.
- Jarmer H. 2011. Schreien nützt nichts: Mittendrin statt still dabei. München. Südwest Verlag.
- Kendel F, Fabry G, Philipp S, Geier J-S, Rockenbach K. 2012. Übungen in der medizinpsychologischen Lehre. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 21 (4):188-193.
- Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. 2004. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *The Annals of Family Medicine*, 2 (5):455-461.
- Kopf M, Leipold J, Seidl T. 2010. Kompetenzen in Lehrveranstaltungen und Prüfungen. *Mainzer Beiträge zur Hochschulentwicklung*, Bd, 16.
- Kritzinger J, Schneider M, Swartz L, Braathen SH. 2014. "I just answer 'yes' to everything they say": Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient education and counseling*, 94 (3):379-383.
- Kromrey H. 2013. Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen. Springer-Verlag.
- Lahmann C, Dinkel A. 2015. Ärztliche Gesprächsführung-eine hohe Kunst. *Schmerzmedizin*, 31 (2):25-29.

- Lemass E. 1988. Europäisches Parlament fordert offizielle Anerkennung der Gebärdensprache. *Deutsche Gehörlosen-Zeitung*, 7: 195-196.
- Mayring P. 2002. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring P. 2010. Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken. Weinheim [u.a.]. Beltz.
- Mayring P. 2016. Einführung in die qualitative Sozialforschung eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Auflage. Weinheim Basel. Beltz.
- Mayring P, Gläser-Zikuda M. 2008. Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim [u.a.]. Beltz.
- McIlroy G, Storbeck C. 2011. Development of deaf identity: An ethnographic study. *Journal of deaf studies and deaf education*, 16 (4):494-511.
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf. (Zugriff am 16.10.2018).
- Münster E, Höcker J, Pinzón LCE. 2009. Gesundheitsversorgung von gehörlosen Menschen in Deutschland-Bericht über eine internetbasierte Querschnittsstudie mit Gebärdensprachvideos. *Das Zeichen*. 23 (83): 422-426.
- Pagel H. 2006. Historische Anmerkungen zur Kultur und Kommunikation Gehörloser. *Focus Mul*, 23 (2):102-109.
- Paulini A. 2008. Hörgeschädigte Patienten-ärztliche Behandlungszufriedenheit gehörloser, schwerhöriger und ertaubter Patienten. [Dissertation]. Hamburg: Universität Hamburg.
- Philipp S. 2003. Was sagen Sie, nachdem Sie sich begrüßt haben? Eine kommunikationspsychologische Untersuchung zu Kommunikationsstörungen in interkulturellen Erst-Kontakt-Situationen. *Interculture journal: Online Zeitschrift für interkulturelle Studien*, 2 (6).
- Pinilla S, Stephan K. 2015. Gehörlose Patienten in der Allgemeinarztpraxis. *CME*, 12 (9):55-65.
- Pirringer S. 2010. Schau auf meine Hände. [Diplomarbeit]. Wien: Universität Wien.
- Richter-Kuhlmann E. 2014. Arzt-Patienten-Kommunikation–Kein „alter“ Hut. *Deutsches Ärzteblatt*, 111:47.
- Ross T, Feller ER. 2005. Communication: Deaf patients and their physicians. *Rhode Island Medical Journal*, 88 (8):262.
- Scharf L, Wasserkampf F. 2006. Taubstumme in der Hitlerjugend. Fridolin W. erzählt. *Biografie und Dokumentation zu „Gehörlose im Dritten Reich“*. Stadelhofen. Selbstverlag.
- Scheier DB. 2009. Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *Journal of the New York State Nurses Association*, 40 (1):4.
- Schied M. 2013. Schulpraktische Studien im Rahmen der Lehrerausbildung: Konzeptionalisierung und Evaluierung nach dem Gmünder Modell. Bad Heilbrunn. Verlag Julius Klinkhardt.
- Schröder H. 2010. Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Witt C. (2010) *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht Ergebnisse eines Expertentreffens*. Essen. KVC: 93-118.
- Seeber KG. 2002. Das Dolmetschen im Medizinischen Bereich (Teil II). *Das Zeichen*. 60 (2): 256-275.
- Shuler GK, Mistler LA, Torrey K, Depukat R. 2013. Bridging communication gaps with the deaf. *Nursing 2018*, 43 (11):24-30.
- Sinclair-Penwarden A. 2009. 'Deaf people have unique care needs that nurses must understand and help address'. *Nurs Times*, 105 (3):31.

- Stephan K, Pinilla S. 2015. Gehörlose Patienten in der Notfallmedizin. *Weiterbildung Notfallmedizin*. Springer, 93-104.
- Thew D, Smith SR, Chang C, Starr MM. 2012. The deaf strong hospital program: a model of diversity and inclusion training for first-year medical students. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 87 (11):1496.
- Uhlig AC. 2012. Ethnographie der Gehörlosen. Bielefeld. Transcript-Verlag.
- Yuksel C, Unver V. 2016. Use of simulated patient method to teach communication with deaf patients in the emergency department. *Clinical Simulation in Nursing*, 12 (7):281-289.

12. Anhang

12.1 Einverständniserklärung

Universitätsklinikum Jena · IPMP · Postfach · 07740 Jena

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß
Dr. Svetlana Philipp
Stoysstraße 3
07743 Jena

Telefon 03641 93 77 72
Telefax 03641 93 65 46

E-Mail: Svetlana.Phillipp@med.uni-jena.de
Das Universitätsklinikum Jena ist
zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Einwilligungserklärung

Jena, den 16.10.2014

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der medizinischen Promotion von Edanur Cüre unter dem Titel: *Erfahrungen gehörloser Patienten im deutschen Gesundheitssystem - Qualitative Befragung von gehörlosen Patienten und Gebärdensprachdolmetscherinnen* erfolgenden Aufzeichnung von Studiendaten und ihrer pseudonymisierten Weitergabe einverstanden bin. Ich kann jeder Zeit ohne Angaben von Gründen von der Teilnahme an der Untersuchung zurücktreten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Angaben und Auskünfte vertraulich behandelt werden, auch von der Gebärdendolmetscherin und dem Mediengestalter.

Studienteilnehmer:

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Gebärdensprachdolmetscherin:

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Doktorandin:

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsstand Jena
USt-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung: Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30 · Konto 221
IBAN: DE97 8305 3030 0000 0002 21
BIC: SPARKASS333

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsratsvorsitzender: Prof. Dr. Thomas Deufel
Kaufmännischer Vorstand und Sprecherin
des Klinikumsvorstandes: Dr. Brunhilde Seidel-Kwem
Medizinischer Vorstand: N.N.
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Rüdiger

12.2 Informationsblatt zur Studie für Gehörlose

Institut für Psychosoziale Medizin
und Psychotherapie



26.11.2014

Informationsblatt zur Studie „Erfahrungen gehörloser Patienten im deutschen Gesundheitssystem“

Was?	Interview
Worüber?	Arzt-Patienten-Kommunikation
Wie?	Das Interview wird von einer Dolmetscherin übersetzt und gleichzeitig gefilmt
Wann?	Terminvereinbarung unter: edanurcure@hotmail.com
Wo?	Multimediazentrum Jena (Carl-Zeiss-Straße 3 , 07743 Jena)

Was brauche ich? Nur 1,5h Zeit und Interesse Arztbesuche zu verbessern

Bei Rückfragen können Sie mich jeder Zeit per E-Mail unter
edanurcure@hotmail.com erreichen.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Edanur Cüre

Edanur

© Universitätsklinikum Jena – IPMP

Informationsblatt zur Studie für Gehörlose

12.3 Schweigepflichterklärung für den Mediengestalter

Universitätsklinikum Jena · IPMP · Postfach · 07740 Jena

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß
Dr. Swetlana Philipp
Stoysstraße 3
07743 Jena

Telefon 03641 93 77 72
Telefax 03641 93 65 46

E-Mail: Swetlana.Phillipp@med.uni-jena.de
Das Universitätsklinikum Jena ist
zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Schweigepflichterklärung

Jena, den 16.10.2014

Ich bin heute von der Doktorandin umfassend darüber belehrt worden, dass ich nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) der Schweigepflicht unterliege. Der Gesetzestext ist mir bekannt gegeben und erklärt worden.

Ich bin zur Verschwiegenheit verpflichtet über alle Vorgänge im Studio des Multimediazentrums. Diese Verpflichtung gilt gegenüber allen Personen, die nicht im Studio beschäftigt sind, auch gegenüber den Angehörigen von Patienten und meinen Familienangehörigen. Es ist mir bekannt, dass die Schweigepflicht auch nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses uneingeschränkt und zeitlich unbefristet fortbesteht.

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Bruch der Schweigepflicht ein Anlass für ein Strafverfahren sein kann.

Ich verpflichte mich, mich entsprechend der Belehrung zu verhalten. Ausdrücklich erkläre ich, dass ich die Belehrung verstanden und keine weiteren Fragen habe.

Ort, Datum

Doktorandin

Mediengestalter

12.4 Interviewleitfaden

12.4.1 Interviewleitfaden für gehörlose Patienten

Fragestellung 1: Demographische und sozioökonomische Fragen

- Wie alt sind Sie?
- Wann sind Sie ertaubt?
- Was machen Sie beruflich? Welcher Tätigkeit gehen Sie im Alltag nach?
- Sind Sie privat oder gesetzlich versichert?
- Wie oft gehen Sie ca. jährlich zum niedergelassenen Arzt?
- Zu welchen Fachärzten (Hausärzte) gehen Sie regelmäßig?

Fragestellung 2: Arztwahl/ Zufriedenheit

- Nach welchen Kriterien suchen Sie Hausärzte auf?
- Werden Hörenden und Gehörlosen medizinisch gleich gut versorgt?
- Haben Sie das Gefühl, dass Gehörlose schlechter medizinisch behandelt werden? Weil bspw. Missverständnisse bei der Medikamenteneinnahme entstehen können?
- Haben Sie Angst vor Arztbesuchen, weil der Arzt Sie nicht gut verstehen kann?
- Denken Sie, dass Sie oder Gehörlose allgemein seltener zum Arzt gehen aufgrund der Kommunikationsprobleme?
- Kann man sagen, dass Gehörlose medizinisch unterversorgt sind im Vergleich zu Hörenden?
- Wie erfolgt die Terminvergabe
- Sind Sie zufrieden mit der Terminvergabe?

Fragestellung 3: Gebärdensprachdolmetscher

- Greifen Sie auf Dolmetscher zurück? Immer auf denselben?
- Welche Besonderheiten ergeben sich in der Arzt-Patienten-Kommunikation mit Dolmetschern? *Wie finden Sie die Gesprächssituation beim Arzt, wenn ein Dolmetscher dabei ist? Besser als alleine?*
- Wie erleben Sie die Arzt-Patienten Kommunikation ohne Dolmetscher?
- Wie erleben Sie die Arzt-Patienten Kommunikation mit Dolmetscher?
- Nehmen Sie hörende Verwandte oder Bekannte oder Freunde als Dolmetscher mit?
- Zu welchen Ärzten nehmen Sie keinen Dolmetscher mit? (Psychologe/Psychiater/ Psychotherapeut)

Fragestellung 4: Kommunikation/ Gesprächsatmosphäre mit und ohne Dolmetscher

- Wie empfinden Sie die Gesprächsatmosphäre am Empfang, wenn Sie alleine sind? Wie wenn sie mit Dolmetscher? Wie ist der erste Eindruck bei einem neuen Arzt?
- Fühlen Sie sich manchmal unwohl?
- Wie empfinden Sie die Gesprächsatmosphäre im Wartezimmer? Haben Sie Angst, dass Sie Ihre Reihe verpassen?
- Wie empfinden Sie die Atmosphäre im Untersuchungsraum
 - Beim Erfragen aktueller Beschwerden?
 - Bei der Behandlung/ Untersuchung?

- Der Besprechung der Diagnose/ Ergebnisse der Untersuchung?
- Wie erklärt der Arzt Ihnen die Inhalte?
- Verstehen Sie alles, was Ihnen der Arzt erzählt?
- Wie bewerten Sie allgemein die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte? Ist der Arzt bemüht Ihnen alles verständlich zu machen?
- Was macht für Sie einen guten Arzt aus? Wie sollte ein Arzt sein?
- Was ist Ihnen beim Arztbesuch wichtig?

Fragestellung 5: Zugang zu Informationsmaterial

- Welche Informationsquellen nutzen Sie?
- Verstehen Sie diese Informationen bzgl. Gesundheit/Medizin/Krankheiten etc.?
- Sind die Informationsmöglichkeiten ausreichend?
- Lesen Sie die Broschüren beim Arzt? Verstehen Sie alles?

Fragestellung 6: Probleme/ Schwierigkeiten

- Wo sehen Sie die größten Probleme im ambulanten Gesundheitssystem?
- Welche positiven Situationen haben Sie bei den verschiedenen Ärzten erlebt?
- Welche kritischen Situationen haben Sie bei den verschiedenen Ärzten erlebt?
- Wie könnten Ärzte die Kommunikationsschwierigkeiten überwinden?

Fragestellung 7: Verbesserungsvorschläge

- In welchen Bereichen sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten? Was sollte man verbessern?
- Wie könnte man diese umsetzen?
- Was möchten Sie Medizinstudenten auf den Weg geben?

12.4.2 Interviewleitfaden für Gebärdensprachdolmetscher

Allgemeine Fragen

- Wie oft gehen Sie als Gebärdensprachdolmetscher jährlich zum niedergelassenen Arzt?
- Wie ist Ihrer Meinung nach die medizinische Versorgungslage für Gehörlose in Thüringen?
- Denken Sie, dass gehörlose Menschen medizinisch unterversorgt sind?
- Bei welchen Ärzten (Fachrichtung/Spezialgebiet) dolmetschen Sie am meisten?
- Wie zufrieden sind Ihrer Meinung nach Gehörlose Patienten mit der Terminvergabe?
- Ist die Praxis technisch gut ausgerüstet für Gehörlose? Würden Sie sagen, dass die Praxis und der Arzt gut auf Gehörlose eingestellt sind?
- Wie schätzen Sie die Reaktionen von Ärzten ein, wenn ein gehörloser Patient erscheint?
- Nach welchen Kriterien suchen gehörlose Patienten Ihrer Meinung nach Hausärzte auf?
- Wie gelangen Ihre gehörlosen Patienten an Informationen bezüglich Kuren/ Reha für Gehörlose? Wie gut sind Gehörlose informiert?

Kommunikation/ Gesprächsatmosphäre

- Wie empfinden Sie die Gesprächsatmosphäre am Empfang/ im Wartezimmer?
- Wie empfinden sie die Gesprächsatmosphäre im Untersuchungsraum....
-beim Erfragen aktueller Beschwerden?
-bei der Behandlung/ Untersuchung?
-bei der Besprechung der Diagnose/ Ergebnisse der Untersuchung?
-bei der Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten?
- Ist die Darstellung der Inhalte an die Bedürfnisse der Patienten angepasst?
- Wie bewerten Sie allgemein die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte?
- Auf welche Hilfsmittel greift der Arzt?
- Welche Besonderheiten ergeben sich in der Arzt-Patienten-Kommunikation mit Gehörlosen und Dolmetschern?
- Welche Nachteile haben Arzt-Patienten-Kommunikationen ohne Dolmetscher?
- Was für Missverständnisse können in einer Arzt-Patienten-Kommunikation entstehen?
- Wie könnten Ärzte die Kommunikationsschwierigkeiten überwinden?

Gebärdensprache

- Wird die Gebärdensprache aussterben?
- Wie wichtig finden Sie die Gebärdensprachenkompetenz der Ärzte?

Ambulantes Gesundheitssystem

- Wie bewerten Sie die Qualität des ambulanten Gesundheitssystems?
- Wo sehen Sie die größten Probleme?
- Was ist Ihnen als Dolmetscher wichtig?
- Wie erleben Ihrer Meinung nach gehörlose Patienten ihre Arztbesuche?
- Wie erleben Ihrer Meinung nach Gehörlose die Arzt-Patienten Kommunikation?
- Welche kritischen und positiven Situationen haben sie bei den verschiedenen Ärzten erlebt?

Verbesserungsvorschläge

- In welchen Bereichen sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?
- Wie könnte man diese umsetzen?
- Wie könnten Ärzte die Gesprächssituation mit Gehörlosen verbessern?
- Können Sie Medizinstudenten einen Rat mit auf den Weg geben?

12.5 Danksagung

Hiermit möchte ich allen danken, die am Zustandekommen dieser Arbeit beteiligt waren.

Besonders danken möchte ich Frau Dr. Swetlana Philipp, die sich dazu bereit erklärt hat, mit mir dieses Promotionsvorhaben umzusetzen. Ich danke ihr nicht nur für die Betreuung und Begutachtung meiner Doktorarbeit, sondern auch für die durchgehende Unterstützung und Ermutigung. Die regelmäßigen Treffen und Gespräche auf fachlicher und persönlicher Ebene sowie ihre hilfreichen Anmerkungen, die konstruktive Kritik, das unkomplizierte Zusammenarbeiten und das Entgegenkommen bei Problemen waren stets eine große Hilfe für mich und haben mich bereichert.

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Bernhard Strauß danke ich für die Übernahme der Betreuung, das entgegengebrachte Vertrauen und die finanzielle Unterstützung zur Ermöglichung der Dolmetscherstudie.

Danken möchte ich auch den Mitarbeitern des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena für die Hinweise bei der Vorstellung der Dissertationsarbeit im Forschungskolloquium.

Für die Mitarbeit bei der kommunikativen Validierung der Kategoriensysteme danke ich Katja Hebestreit sowie Edith Kautler.

Ein besonderer Dank gilt an Prof. Dr. rer. nat. Horst Pagel aus der Universität Lübeck für seine Unterstützung trotz der Ferne und seinen großen Beitrag beim Aufbau des Grundgerüsts dieser Arbeit.

Ebenso danken möchte ich Herrn StD Norbert Berger für das Korrekturlesen.

Ich möchte mich auch bei an alle Studienteilnehmern bedanken, denn ohne sie hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Ein besonderer Dank gilt an die Gehörlosengemeinde Thüringen für die Vermittlung der Kontakte, die herzliche Aufnahme in die Gehörlosengemeinschaft und den Einblick in die Gehörlosenwelt.

Ein herzliches Dankeschön richte ich hier auch an meine Gebärdensprachlehrerin. Ebenso danke ich der Gebärdensprachdolmetscherin Jana Hayn für das angenehme Zusammenarbeiten.

Ganz besonderer Dank geht an die Hanns-Seidel-Stiftung für ihre allseitige Unterstützung, während meiner Studien- und Promotionszeit. Danke an Dr. Czepalla und Prof. Niedermeier, dass sie für mich immer ansprechbar waren und sind.

Ich danke meinem Chefarzt Prof. Dr. Albert für die Unterstützung des Projektes „Hand in Hand. Verbesserung der medizinischen Versorgung gehörloser Patienten“.

Ich danke meinen Freunden für das gegenseitige Motivieren während des langen Studiums und der Promotionszeit. Ihr seid meine zweite Familie.

Und nicht zuletzt möchte ich meinen Schwestern Havvanur und Seydanur danken für ihre emotionale Unterstützung von Beginn an. Von ganzem Herzen danke ich meinem Vater, Ismail Cüre, für seine uneingeschränkte Unterstützung und Motivation und meinem Vorbild, meiner Mutter, Zeynep Cüre, dafür, dass sie mir beigebracht hat, dass nichts unmöglich ist. Aber vor allem bedanke ich mich für ihre Liebe, die sie mir jeden Tag entgegenbringen.

12.6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel für die Kategorienbildung	32
Tabelle 2: Arzt-Patient-Kommunikation.....	90

12.7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechtsverteilung unter den Studienteilnehmern.....	21
Abbildung 2: Altersverteilung unter den Interviewteilnehmern	21
Abbildung 3: Zeitpunkt der Ertaubung	22
Abbildung 4: Berufsverteilung unter den Probanden.....	22
Abbildung 5: Berufliche Ausbildung der berufstätigen Gehörlosen.....	23
Abbildung 6: Definitionen der Kategorie 1 "ambulantes Gesundheitssystem"	34
Abbildung 7: Definitionen der Unterkategorie „Niedergelassene Ärzte“.....	36
Abbildung 8: Regelmäßig besuchte Ärzte im ambulanten Gesundheitssystem.....	37
Abbildung 9: Bewertung des Ablaufs der Terminvereinbarung durch Gehörlose.....	39
Abbildung 10: Definitionen der Kategorie 3 „medizinische Informationen“	40
Abbildung 11: Informationsquellen	40
Abbildung 12: Definitionen der Kategorie 4.1 „APK ohne Dolmetscher“	42
Abbildung 13: Definitionen der Kategorie 4.2 : „Gebärdensprachdolmetscher“	50
Abbildung 14: Übersicht der Kategorie 4.3: „Kommunikationsatmosphäre“	57
Abbildung 15: Bewertung des ambulanten Gesundheitssystems durch Gehörlose	81
Abbildung 16: Gründe für die inadäquate Versorgung.....	82
Abbildung 17: Vorlage eines Notfall-Telefax vom Deutschen Schwerhörigenbund e.V.....	83
Abbildung 18: Unterschiede zwischen Erwartungen von Dolmetschern und Medizinerinnen	88
Abbildung 19: Gehörlosenwelt	91

12.8 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Person bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt hat: Dr. phil. Swetlana Philipp,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Coburg, 26.05.2018

Ort, Datum



Unterschrift des Verfassers